

Een wezenlijk gesprek

Een antroposofische bijdrage aan counseling van zieke mensen

**Thesis voor de Master Theologie en Geestelijke Ver-
zorging, Universiteit Utrecht, Faculteit der Geesteswe-
tenschappen, Departement Filosofie en Religieweten-
schap**

F.W. Weeda
student 3770508
20 november 2014

Begeleiders:
dr. N.M. Hijweege-Smeets
dr. E. Baars (Hogeschool Leiden,
Lectoraat Antroposofische Gezondheidszorg)
15 ects, 49315 woorden

“Soms is de pijn zo hevig, dat je er ziek van wordt. Het lukt je niet ook maar een kleine kiem van vreugde in jezelf te vinden. Toch is er altijd iets. De scheppingsvreugde van God heeft die kiem in je gelegd. En naarmate je langer geleefd hebt, is deze vreugde aan het licht getreden in allerlei ervaringen. Rabbi Nachman heeft gezegd: ‘Het is een grote mitswa (opdracht) altijd in de vreugde te zijn, je sterk te maken, en droefheid en bitterheid met al je kracht uit te bannen. Alle ziekten die over de mens komen, ontstaan uit de neergang van de vreugde. De neergang van de vreugde komt voort uit de vervorming van de ‘diepe zang’, van de vitale ritmen. Wanneer de vreugde en de diepe zang zijn aangetast, maakt ziekte zich meester van de mens. Vreugde is een grote remedie. Het gaat erom in onszelf één enkel punt te vinden dat ons vreugde geeft en ons daaraan te hechten.”

Maria de Groot (2001, p. 15)



“Volgens Juniper waren er twee dingen die ervoor zorgden dat je beter werd. Dat was als je aan iets goeds dacht, en de sappen en oliën van sommige planten. Door de kruiden fijn te hakken of in reepjes te snijden, of door ze ergens in te laten trekken (meestal in het pure water van Junipers bron), maakte je een mengsel. Je maakte altijd hetzelfde soort mengsel van dezelfde planten en daardoor werd een bepaald deel van lichaam beter. Dat konden dan je ogen zijn of je maag, je huid of je blaas, of welk lichaamsdeel dan ook. ‘Je moet alleen leren welke planten of welk mengsel van planten mensen aansporen zich weer beter te voelen.’ ‘Willen ze zich dan niet goed voelen en gezond zijn?’ vroeg ik verbaasd. ‘Niet altijd. Soms is het leven gewoon te moeilijk. Dan is het beter om maar even ziek te zijn.’ ‘Wat dan?’ ‘Dan moet je de pijn voorzichtig weghalen, uit hun geest, bedoel ik – net zo voorzichtig alsof je wol kaartt.”

Monica Furlong (1989, p. 40)



Met dank aan Margit, Nicolette, Erik, Annerose, Astrid Maria, Caroliene, Dick, Guus, Hans, Jaap, Josien, Machteld, Sander, Susanne en Tom.

INHOUDSOPGAVE

Inhoudsopgave 3

hfd. 1:	Inleiding.....	5
par. 1.1:	Omgaan met ziekte.....	5
par. 1.2:	Mensbeeld en visie op ziekte.....	5
par. 1.3:	Afbakening en maatschappelijke relevantie.....	7
par. 1.4:	Opzet van de scriptie.....	8
hfd. 2:	Zingeving rond ziekte in het ziekenhuis.....	10
par. 2.1:	De professionaliteit van de geestelijk verzorger.....	10
2.1.1	<i>Functie, ambt en persoon.....</i>	<i>10</i>
2.1.2	<i>Professionaliteit: rollen en competenties.....</i>	<i>12</i>
par. 2.2:	Ziekenhuisopname als ervaring van contingentie.....	12
2.2.1	<i>Contingentie.....</i>	<i>13</i>
2.2.2	<i>Verlieservaring.....</i>	<i>15</i>
2.2.3	<i>Existentiële crisis en zinverlies.....</i>	<i>16</i>
2.2.4	<i>Perspectief.....</i>	<i>16</i>
2.2.5	<i>Verhouding tot het lichaam.....</i>	<i>17</i>
2.2.6	<i>Samenvatting.....</i>	<i>18</i>
par. 2.3:	Coping bij ziekte.....	19
2.3.1	<i>Aanpassingstaken.....</i>	<i>20</i>
2.3.2	<i>Vaardigheden.....</i>	<i>21</i>
2.3.3	<i>Samenvatting.....</i>	<i>22</i>
par. 2.4:	Ziekte en zingeving.....	23
2.4.1	<i>Levensbeschouwelijke interpretatie.....</i>	<i>24</i>
2.4.2	<i>Religieuze coping.....</i>	<i>25</i>
2.4.3	<i>Tertiaire taxatie.....</i>	<i>26</i>
2.4.4	<i>Samenvatting.....</i>	<i>27</i>
hfd. 3:	De visie van de antroposofie op ziekte.....	29
par. 3.1:	Rudolf Steiner en de methode van de antroposofie.....	29
par. 3.2:	Het antroposofisch mensbeeld.....	32
3.2.1	<i>Drieledig mensbeeld.....</i>	<i>32</i>
3.2.2	<i>Het vierledig mensbeeld.....</i>	<i>33</i>
3.2.3	<i>De dierenriem-mens en de planeten-mens.....</i>	<i>34</i>
3.2.4	<i>De mens en zijn organen.....</i>	<i>37</i>
3.2.5	<i>Het drieledig mensbeeld.....</i>	<i>38</i>
3.2.6	<i>Samenvatting.....</i>	<i>41</i>
par. 3.3:	Gezondheid en ziekte.....	41
3.3.1	<i>Andere definities van gezondheid.....</i>	<i>41</i>
3.3.2	<i>Psychosomatiek.....</i>	<i>43</i>
3.3.3	<i>Samenvatting.....</i>	<i>45</i>
par. 3.4:	Ziekte, lot en karma.....	45
3.4.1	<i>Karma en ziekte.....</i>	<i>46</i>
3.4.2	<i>Een toekomstgerichte kijk op ziekte.....</i>	<i>47</i>

3.4.3	<i>Spirituele onderbouwing (excurs)</i>	49
3.4.4	<i>Samenvatting</i>	50
par. 3.5:	Ethische bespreking van het antroposofisch mensbeeld	50
3.5.1	<i>Ethische grenzen van Eibach</i>	51
3.5.2	<i>Reactie op Eibach</i>	53
3.5.3	<i>Ethische richtlijnen</i>	54
par. 3.6:	Samenvatting	54
hfd. 4:	Vormen van antroposofische counseling	56
par. 4.1:	Dynamische oordeelsvorming	56
par. 4.2:	Het vierveldengesprek	61
par. 4.3:	Het drieluik.....	65
par. 4.4:	Kenmerkende elementen van een antroposofische gespreksmethode.....	67
par. 4.5:	Pastoraal-theologische bespreking van antroposofische gespreksmethodes	69
4.5.1	<i>Pastoraal-theologische kaders</i>	69
4.5.2	<i>Antroposofische gespreksmethodes en pastorale modellen</i>	71
4.5.3	<i>Mogelijkheden van antroposofische gespreksmethodes</i>	74
hfd. 5:	Verkenning naar formulering van gespreksvragen	76
par. 5.1:	Observatie van een patiëntbespreking	77
par. 5.2:	Observatie van een cursusochtend.....	79
par. 5.3:	Inventarisatie onder antroposofische geestelijk verzorgers.....	81
par. 5.4:	Inventarisatie onder antroposofisch huisartsen.....	83
par. 5.5:	Bespreking van de observaties en inventarisaties	87
5.5.1	<i>Verkenning 1</i>	87
5.5.2	<i>Verkenning 2</i>	90
5.5.3	<i>Verkenning 3</i>	93
5.5.4	<i>Verkenning 4</i>	93
5.5.5	<i>Samenvatting van de verkenningen</i>	95
par. 5.6:	Aanpassing van de formulering van de vragen en voorstel tot een gespreksmodel.....	95
hfd. 6:	Discussie en conclusie	99
par. 6.1:	Professionele omgang met antroposofie.....	99
par. 6.2:	Afbakening van professies	102
par. 6.3:	Samenvatting en antwoord op de vraagstelling	106
par. 6.4:	Summary (English)	108
Bijlagen	110	
Bijlage A – Vooronderstellingen (Doorn, 1990, pp. 11-12).....		110
Bijlage B - Onderzoeksbrief.....		111
Bibliografie	112	

hfd. 1: INLEIDING

par. 1.1: Omgaan met ziekte

Veel van wat als 'ingrijpende crisissen in het menselijk leven' ervaren wordt, heeft te maken met ziekte. Mensen die ziek zijn, stellen zichzelf de vraag hoe zij om moeten gaan met hun kwetsbare en soms afnemende gezondheid. Soms is er geen sprake van herstel, maar blijven er beperkingen. De ziekte kan ook chronisch worden en soms moeten mensen zich voorbereiden op de naderende dood (van Schrojenstein Lantman (2007)). Mensen vragen zich af wat de gevolgen van de ziekte en de operatie zullen zijn, wat de nodige veranderingen teweeg zullen brengen, hoe men het hoofd boven water houdt, van wie men nog afscheid wil nemen. Het proces van 'het een plek geven,' zingeving, is vaak erg belangrijk. Zo kan men onder ogen zien wat men zelf nodig heeft om het leven – hoe lang dat ook nog duurt – leefbaar en menselijk te maken. Voor veel patiënten in het ziekenhuis verloopt dit proces van omgaan met de ziekte – in de psychologie is de technische term hiervoor 'coping' - niet gemakkelijk. Dat heeft er onder andere mee te maken, dat het verblijf in een zorginstelling soms een ontwrichtende ervaring vormt, eerder dan een ondersteunende. Het ziekenhuis is een vreemde en niet-vertrouwde omgeving, die vol onbekende gewoonten en handelingen is. Men leeft er met de tegenstrijdige gevoelens van er opgesloten te zijn en toch te gast zijn en vaak goed verzorgd te worden. Men heeft te kampen met eenzaamheid, spanning, niet weten waar men aan toe is, goede en slechte bejegening (Keirse (2004)). Maar ook 'tragere vragen' komen op de mensen af, als de crisis van de ziekte een breuk in het levensverhaal vormt. Waarvoor heb ik geleefd? Welke idealen wil ik in mijn leven nog volhouden en verwezenlijken? Hoe rijm ik mijn ziekte met mijn godsbeeld?

Een groot deel van de geestelijk verzorgers werkt in ziekenhuizen. Zij hebben de patiënten van het ziekenhuis en hun familie als hun cliënten. In het gesprek van de geestelijk verzorger en de patiënt staan de 'trage vragen' van de patiënt centraal en kunnen vragen over zingeving rond ziekte besproken worden. Geestelijk verzorgers luisteren en spreken met patiënten over de (huidige) situatie en hun gedachten en gevoelens daarbij. Ze stimuleren hen om op een voor hen passende manier om te gaan met hun ziekte. De eigen levensbeschouwelijke bronnen spelen daarbij een belangrijke rol. De geestelijk verzorger heeft dus onder andere als taak om religieuze of spirituele vormen van coping bij de patiënt te bevorderen. Daarbij zetten beide gesprekspartners naast (ervarings-)kennis hun eigen referentiekader in: hun mensbeeld, levensvisie en wereldbeeld, maar ook hun visie op ziekte. Dit alles resoneert mee in wat er gezegd en niet gezegd wordt.

Eén van de fundamenteën voor coping en counseling ligt daarmee in de eigen antropologie van de beide gesprekspartners. Maar wat nu als hun mensbeelden verschillen? Heeft dat geen gevolgen voor hun manieren van coping en counseling? Ik vermoed van wel.

par. 1.2: Mensbeeld en visie op ziekte

In 2012-2013 heb ik in het kader van mijn opleiding tot geestelijk verzorger stage in het Ziekenhuis Rivierenland Tiel gelopen. Een geestelijk verzorger werkt altijd vanuit een eigen

levensbeschouwelijke traditie of identiteit. Ook al staat in de ontmoeting de levensbeschouwing van de patiënt centraal, toch is het voor een geestelijk verzorger belangrijk om duidelijk te maken wat de eigen levensbeschouwelijke bronnen zijn. Een patiënt heeft het recht om een globaal beeld te hebben van het profiel van de geestelijk verzorger die hij/zij voor zich heeft. De patiënt weet dan ongeveer wat hij/zij kan verwachten en vragen. Zo laat ik mij naast de traditionele christelijke spiritualiteit ook inspireren door de antroposofie, een vorm van nieuwtijdsdenken. In mijn contact met patiënten kan daarom mijn antroposofische mensbeeld haar visie op ziekte een rol spelen en misschien een positieve bijdrage vormen, hoe terughoudend ik mij ook als geestelijk verzorger opstel.

Het antroposofisch mensbeeld is een variant op het holistisch mensbeeld, dat aandacht probeert te hebben voor het gedifferentieerde beeld van de mens en de integratie van de verschillende aspecten van de mens als geheel probeert te bevorderen. Ken Wilber, auteur van boeken over 'transpersoonlijke psychologie, beschrijft de holistische visie op ziekte als volgt:

"Ziekte is een product van fysieke, emotionele, mentale en spirituele factoren, die geen van alle van elkaar kunnen worden gescheiden, geen van alle kunnen worden genegeerd. De behandeling moet gericht zijn op al deze dimensies." (1993, pp. 62-63)

Het antroposofisch mensbeeld van Rudolf Steiner (1861 – 1925) berust op de veronderstelling dat de verschillende aspecten van de mens van nature harmonisch met elkaar samenhangen. Steiner maakt een eerste onderscheid tussen het fysieke lichaam, het levenskrachtenlichaam, het zielenlichaam en het ik: de vier 'wezensdelen'. Zij hebben respectievelijk te maken met materie, energie, psyche en het mentale. Deze 'lichamen' hebben een grote invloed op elkaar en bewerken met elkaar de mens zoals die zich individueel voordoet. Met zoveel variabelen die in dit organisch geheel meespelen, is elke mens uniek. Zo zijn er bepaalde wetmatigheden aan te wijzen, maar is er ook sprake van een individuele configuratie.

Ziekte kan volgens Steiner ontstaan door processen die met ouderdom te maken hebben (de hogere drie lichamen trekken zich op een bepaalde manier terug uit het fysieke lichaam), maar ook met andere processen die uit een ander wezensdeel stammen. Zodoende is het voor de antroposofische geneeskunst de vraag waar de kern van de ziekte ligt: die hoeft niet somatisch te zijn, maar kan ook biografische, psychische, morele of spirituele componenten hebben. Bovendien hoeft een aandoening die met bepaalde symptomen samenhangt niet de oorzaak van de ziekte zelf te zijn. De aandoening kan ook een (gezonde) compenserende reactie zijn op het werkelijke euvel.

Het model van Steiner biedt aanknopingspunten om bepaalde verbindingen tussen de verschillende aspecten van het mens-zijn op het spoor te komen. Doel van de antroposofische geneeskunst is dan ook het in verbinding brengen van de mens met aspecten van zijn wezen die gezond makend kunnen werken, zodat het 'ik' weer de regie in handen heeft en niet de ziekte. Kernwoord is dus verbinden, integreren. Antroposofische artsen proberen daarbij exact en (geestes-)wetenschappelijk handen en voeten te geven aan wat zij menen waar te nemen.

Een belangrijk verschil tussen het holistische en het antroposofische mensbeeld is dat de laatste niet alleen meerdere aspecten in de mens erkent, maar ook hun wederzijdse invloed: de verschillende aspecten van de mens (biologisch, sociaal, emotioneel, cognitief,

etc.) zijn niet aparte, gescheiden segmenten, maar vormen samen – geïntegreerd – de mens.¹

Tijdens mijn stage heb ik bij gesprekken met patiënten soms interventies gedaan of bepaalde kanten opgestuurd, die gericht waren op het onderzoeken van deze integrerende verbindingen en het inbrengen van beeldspraken. Soms vonden we als gesprekspartners bepaalde onvermoede verbanden of bepaalde beelden die rustgevend en verbindend werkten. Ik heb bij momenten ervaren dat een integrerende aanpak goed werkte, waarbij de antroposofische gedachten en achtergronden niet gecommuniceerd hoefden te worden. Het leek erop dat de patiënt door een correct ingebrachte en aan de ziekte gerelateerde beeldspraak op zoek ging naar onderliggende emoties en gedachten. En door dwarsverbanden te leggen kon de patiënt samenhang ervaren en met een eigen bron in een behoefte gaan voorzien. Een voorbeeld vormt het onderstaande gesprek:

“Een meneer met darmkanker heeft al meerdere operaties gehad en er zijn complicaties rond het aanbrengen van zijn stoma. Hij is onrustig en wil met rust gelaten worden: hij is klaar met alle medische handelingen en heeft er letterlijk zijn buik vol van. Mijn interventie bestaat uit het samen met hem op zoek gaan naar plekken en momenten in zijn gezonde dagelijks leven, waar hij tot rust komt en die sterk met zijn identiteit samenhangen. We komen via de keukentafel met vrienden uit bij zijn driemaal dagelijkse wandeling naar de pony’s die hij verzorgt. Samen bespreken we hoe hij tijdens de opname in het ziekenhuis iets kan blijven ervaren van dit dagelijks ritueel dat een belangrijk aandeel aan zijn energie en identiteit levert.” (Samenvatting van een casus uit mijn stageverslag, p. 47-51)

Zo was voor de bovenstaande meneer rust een belangrijke behoefte, die zijn context vond in het dagelijkse bezoek aan de pony’s. Deze wandeling en dit rustmoment had een functie van identiteitsbeleving, meditatie en verbondenheid. Maar ook riep deze interventie bij mijzelf en bij anderen vragen op naar een goede verantwoording van mensbeeld, visie op ziekte en praktische methodes. En hoe kun je als geestelijk verzorger dit mensbeeld correct en adequaat inzetten? Vormen bovengenoemde soort verbanden vanuit een antroposofisch mensbeeld niet ook een soort geloofstaal in zichzelf?

par. 1.3: Afbakening en maatschappelijke relevantie

Daarmee komt de centrale en overkoepelende vraag van mijn scriptie op:

“Hoe kan een antroposofische visie op mens en ziekte richting geven aan vormen van counseling?”

In deze scriptie wil ik inzicht krijgen in de accenten die naar voren treden wanneer de geestelijk verzorger (al dan niet met een antroposofische levensbeschouwing) werkt vanuit een antroposofische visie op mens en ziekte. Komt men vanuit een dergelijke visie tot onderscheiden vormen van ondersteuning bij coping en counseling rond ziekte in het ziekenhuis? Welke bijdrage kan antroposofie leveren aan deze handelingspraktijk? Ik wil een onder-

¹ Zie voor de bronnen van deze paragraaf par. 3.2 en 3.3.

bouwing geven van een antroposofische methode voor counseling bij coping rond ziekte. Ik richt me daarbij op de geestelijke begeleiding door de geestelijk verzorgers: ‘counseling.’ Hun andere taken, zoals liturgie, multidisciplinair overleg, zorg voor zorgenden en moreel beraad, laat ik buiten beschouwing. Bezien vanuit het totale takenpakket van de geestelijk verzorger staat in deze scriptie het contact van de geestelijk verzorger en de patiënt centraal.

Dit onderwerp is in mijn ogen maatschappelijk relevant, omdat er steeds meer mensen – en dus ook patiënten – (elementen van) een holistisch of antroposofisch mensbeeld hebben. Dat komt vooral door de invloed van de antroposofie vanaf het begin van de 20^e eeuw op allerlei latere spirituele opvattingen die vaak samen genoemd worden als ‘New Age,’ maar ook als ‘nieuwe spiritualiteit.’ Dat heeft tot gevolg dat steeds meer patiënten (elementen uit) deze spirituele visies mee kunnen of willen nemen in de manier waarop zij met hun ziekte omgaan. In het ziekenhuis en andere zorginstellingen zijn geestelijk verzorgers werkzaam om de (langer dan 24 uur) opgenomen patiënten (dan wel cliënten) te voorzien in hun levensbeschouwelijke noden. Het is dus belangrijk dat geestelijk verzorgers bij patiënten een antroposofische (of aan de antroposofie verwante) visie kunnen herkennen en daar vervolgens mee om kunnen gaan.

Maar niet alleen zijn er steeds meer patiënten met een antroposofisch of spiritueel referentiekader, er zijn ook steeds meer geestelijk verzorgers die hun achtergrond in de nieuwe spiritualiteit hebben. Voor hen is het belangrijk dat zij hun methodieken kunnen beschrijven. Daarbij is het belangrijk dat er gesproken wordt over hoe verschillende mensbeelden en visies op ziekte impliciet gecommuniceerd worden. Ik hoop aan deze discussie bij te dragen door met dit onderzoek impliciet (en expliciet in het laatste hoofdstuk) ook een antwoord te geven op de vraag:

“Is het mogelijk om vanuit een heel ander mensbeeld, geloof of levensovertuiging, toch met het antroposofisch mensbeeld en/of gesprekstechnieken te werken?”

Ik vermoed namelijk dat het antroposofisch mensbeeld een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van geestelijke zorg. Ik veronderstel dat bewustwording van de genoemde dwarsverbanden een integrerend effect kan hebben op de patiënt en bij kan dragen aan het vinden van de bronnen voor spirituele coping. Ik vermoed ook dat er vanuit de bestaande antroposofische vormen van counseling gesprekstechnische instrumenten zijn die dit proces correct faciliteren. Daaruit zou een gespreksmodel of vragenlijst kunnen ontstaan die ook niet-antroposofische geestelijk verzorgers in kunnen zetten. In deze scriptie wil ik deze vermoedens onderbouwen en uitwerken.

par. 1.4: Opzet van de scriptie

De centrale onderzoeksvraag luidt dus:

“Hoe kan een antroposofische visie op mens en ziekte richting geven aan vormen van counseling?”

In het tweede hoofdstuk (vanaf p. 10) schets ik eerst de professionaliteit van de geestelijk verzorger. Daarna geef ik antwoord op de vraag hoe er vanuit de literatuur tegen coping rond ziekte in het ziekenhuis aan wordt gekeken, welke processen hier een rol spelen en wat dit voor counseling in kan houden. De psychologische basiswerken van Moos (1979) over coping rond ziekte en van Pargament (1997) over methodes van religieuze en spirituele coping vormen hierbij het wetenschappelijk uitgangspunt. De werken van Keirse (2004) en van Schrojenstein Lantman (2007) vullen deze visies aan met visies vanuit geestelijke verzorging voor de context van het ziekenhuis.

In het derde hoofdstuk (vanaf p. 29) wil ik het antroposofisch mensbeeld onderzoeken en in verband brengen met hun visie op ziekte. De werken van Steiner (2003), Koob (2007) en Witsenburg (2011) vormen hier het uitgangspunt. Daarna plaats ik een paar ethische kanttekeningen bij het antroposofisch mensbeeld.

In het vierde hoofdstuk (vanaf p. 56) werk ik drie methodieken voor gespreksvoering uit die vanuit de antroposofie ontwikkeld zijn. Het gaat om dynamische oordeelsvorming, het vierveldengesprek en het drieluik. Ik bespreek deze eerst in de context van de antroposofie, daarna ook vanuit de pastorale theologie. Vervolgens schets ik het pastorale kader waarbinnen antroposofische gespreksmethodes voor de geestelijk verzorger werkzaam kunnen worden..

In het vijfde hoofdstuk (vanaf p. 76) bespreek ik twee observaties van de praktijk, waarbij antroposofische hulpverleners laten zien welke vragen zij relevant vinden. Ook inventariseer ik de vragen die antroposofische geestelijk verzorgers en antroposofisch artsen zoal aan hun patiënten stellen. Hierop volgt een beperkte exploratie van de handelingspraktijk. Ik analyseer de observaties en inventarisaties vervolgens op de toepassing van coping-theorie, formuleer de bijdrage aan de begeleiding van patiënten en geef handreikingen voor de begeleiding van antroposofische patiënten. Het hoofdstuk mondt uit in een levensbeschouwelijk neutraal gespreksmodel, dat in de praktijk van de geestelijk verzorger ingezet kan worden.

In het zesde hoofdstuk (vanaf p. 99) volgt vervolgens een discussie, waarin ik de onderzoeksvraag met resultaten en conclusies uit de eerdere hoofdstukken in verbinding breng. Dit leidt tot een conclusie en een samenvatting.

hfd. 2: ZINGEVING ROND ZIEKTE IN HET ZIEKENHUIS

In dit hoofdstuk bespreek ik eerst de context van het onderwerp van deze scriptie, de plaats van handeling. Dat is het ziekenhuis met de patiënt die in een bepaalde toestand verkeert en de geestelijk verzorger die hem/haar begeleidt rond diens ziekte.

In dit hoofdstuk bekijk ik eerst de professionele achtergrond van de geestelijk verzorger. In welk spanningsveld werkt hij/zij, welke rollen en competenties worden van hem/haar gevraagd? Daarna bekijken we in vogelvlucht de situatie van de opgenomen ziekenhuispatiënt. We kijken eerst naar de crisis van ziekte en opname en haar mogelijke gevolgen, die in het woord contingentie samengevat worden. Vervolgens kijken we naar het algemene coping-gedrag van mensen in de omgang met een crisis en in het bijzonder ziekte. Welke mogelijke uitdagingen, fasen en taken ziet de psychologie en hoe ziet zij dat zingeving en vormen van religieuze coping plaats vinden? Ook komt de inzet van de geestelijke verzorger als counselor aan de orde als het erom gaat om de patiënt te begeleiden bij zingeving rond ziekte. Op deze manier ontstaat een beeld van de handelingspraktijk van de geestelijk verzorger en wat hij/zij daarin nodig heeft om zingeving rond ziekte adequaat te begeleiden.

par. 2.1: De professionaliteit van de geestelijk verzorger

Ik behandel nu eerst de professionaliteit van de geestelijk verzorger, zodat ik later het domein van de geestelijk verzorger mee kan nemen in de bespreking van de situatie van de patiënt en het proces van zingeving. Daarvoor kijken we eerst naar het spanningsveld waarin de geestelijk verzorger zich bevindt.

2.1.1 Functie, ambt en persoon

Hanrath (2000, pp. 451-453) beschrijft de professionele identiteit van de geestelijk verzorger aan de hand van de driehoek:

- functie (verbonden aan een instelling voor geestelijke gezondheidszorg)
- ambt (binding aan een levensbeschouwelijke traditie) en
- persoon (persoonlijke biografie van de geestelijk verzorger)

Door zijn model (zie Figuur 1), dat sinds 2000 het uitgangspunt is geworden van de professionele identiteit van de (ambtelijk gebonden) geestelijk verzorger, heeft Hanrath ruimte gemaakt om bij de geestelijk verzorger de meer persoonlijke invulling van de professie (geschiktheid) te herkennen. Als persoon verbindt de geestelijk verzorger de polen van ambt (le-

De professionele identiteit van de geestelijke verzorger



Figuur 1: Het Utrechts model van Hanrath (2000, p. 451)

vensbeschouwelijke representatie en bevoegdheid) en functie (deskundigheid en bekwaamheid).²

Hanrath stelt authenticiteit – in de zin van integer vormgegeven en persoonlijk verwoorde levensbeschouwing – voor als het nieuwe kernwoord voor de professionele identiteit van de geestelijk verzorger. Daarmee verschuift hij de klemtoon van ambt en functie richting ‘de persoon’ van de geestelijk verzorger. In de jaren, die op 2000 volgden, werd steeds duidelijker, dat door de secularisering en de levensbeschouwelijke versnippering de ambtelijke binding voor veel patiënten en cliënten steeds minder belangrijk was. Voor de herkenbaarheid en profilering van het beroep bleef het representant zijn van een levensbeschouwelijke traditie wel belangrijk bleef. Voor sommige zorginstellingen is de ambtelijke binding wel belangrijk, omdat zij aan willen sluiten bij de levensbeschouwelijke (kerkelijke) identiteit van hun cliënten.

Maar in het afgelopen decennium zijn de zijdes ‘functie’ en ‘ambt’ van Hanrath’s driehoek ook aan verandering onderhevig geraakt. Schilderman³ beschreef in 2010 - bij de presentatie van de rapporten van de commissie levensbeschouwelijke legitimatie en de commissie ambtelijke binding - vier (toekomst)scenario’s, waarin geestelijke verzorging plaats vindt. Hij ziet aan de ene kant een toename van professionaliteit (in de zin van zelfstandig deskundig handelen dat aan derden verantwoord wordt en met hen afgestemd wordt) , maar aan de andere kant ook een verlies aan binding aan traditie (‘ambt’) en zelfs instelling (‘functie’).

In de zogenaamde ‘ambtsdiscussie’ die lange tijd binnen de beroepsverenigingen voor geestelijk verzorgers is gevoerd, speelt de kwaliteit en ‘het deelbaar en toetsbaar zijn van de persoonlijke (en professionele) spiritualiteit van de algemeen geestelijk verzorger een belangrijke rol. Ook bij de wijze waarop deze gecommuniceerd kan worden, worden vragen gesteld. Hiermee wordt de vraag gethematiseerd of ‘ambt’ op den duur een toegevoegde waarde heeft voor de instelling of dat het alleen voor de geestelijk verzorger zelf en de gelovige cliënt een toegevoegde waarde heeft . Het gaat er bij ambt namelijk om dat de geestelijk verzorger:

- a) aansluiting heeft bij een levende levensbeschouwelijke traditie,
- b) de traditie correct kan communiceren en
- c) door een levensbeschouwelijke gemeenschap erkend wordt als lid en/of als representant.

Als representant is de geestelijk verzorger ambtelijk bevoegd tot het uitvoeren van sacramentele handelingen. Ongebonden cq. algemeen geestelijk verzorgers zullen in de toekomst moeten laten zien hoe zij adequaat – vanuit hun eigen levensbeschouwing – hun professionaliteit vorm geven en hierop reflecteren. Zo zullen zij op hun reflexieve competenties getoetst worden.⁴

Van elke geestelijk verzorger wordt overigens verondersteld dat deze ook algemeen geestelijk verzorger is. Daarmee wordt bedoeld , dat elke geestelijk verzorger in kan gaan op een vraag van een patiënt naar een gesprek over geestelijk welbevinden, terwijl zij niet dezelfde confessionele achtergrond delen. De geestelijk verzorger moet daarbij de levensbeschouwelijke opvattingen van een patiënt respecteren. Het is daarbij niet zo dat een geestelijk verzorger zijn / haar eigen levensbeschouwelijke traditie aan een cliënt op mag

² Zie Doolaard (2006, pp. 139-169) voor een verdere uitwerking van deze gedachte door Herman van de Spijker, Henk Veltkamp en Gerben Heitink.

³ VGVZ-cahier 4, *Ambtelijke Binding*, 2010, p. 16-17

⁴ VGVZ-cahier 4, *Ambtelijke Binding*, 2010, p. 91

dringen, maar wel zo dat de geestelijk verzorger rekening moet houden met de eigen identiteit, traditie en ambtelijke grenzen, om congruent over te komen en te handelen. Een geestelijk verzorger mag wel iets vertellen over diens eigen achtergrond als dat relevant en constructief is, of als daar door een cliënt naar gevraagd wordt. Transparantie is een belangrijke en legitieme bijdrage aan de vertrouwensrelatie, net zo goed als terughouding om al te persoonlijke gedachten en gevoelens in te brengen: nabijheid en afstand tegelijk.

2.1.2 Professionaliteit: rollen en competenties

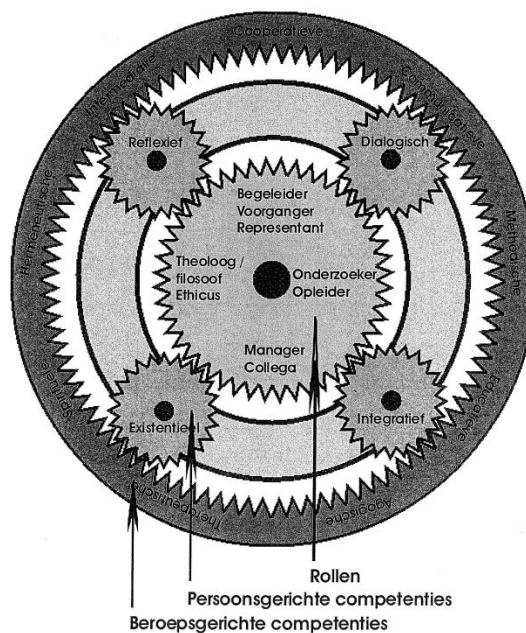
Martin Walton (2012) onderscheidt in de professionaliteit van de geestelijk verzorger vier rollen: een levensbeschouwelijke, zorgverlenende, wetenschappelijke (academische) en een persoonlijke :

- Theoloog, filosoof, ethicus
- Begeleider, voorganger, representant
- Onderzoeker, opleider
- Manager, collega

Met zijn model (zie Figuur 2) pleit Walton ervoor om de persoonlijke competenties als planeetwielen te zien tussen de spil van de rollen van de geestelijk verzorger en het omringende tandwiel van de beroepsmatige competenties. Walton noemt negen competenties: coöperatieve, communicatieve, methodische, educatieve, agogische, therapeutische, spirituele, hermeneutische en intermediaire competenties. De persoonlijke competenties ordenen naar 4 aspecten:

- reflexieve aspecten (biografische en levensbeschouwelijke zelfreflectie)
- existentiële aspecten (actuele plaatsbepaling: existentieel, spiritueel, ethisch)
- dialogische aspecten (vermogen tot en oefening in wederkerigheid)
- integratieve aspecten (reflectieve en creatieve beroepspraxis).

Het model van Walton houdt dus in dat de persoonlijke competenties maken dat de geestelijk verzorger in zijn werk met meerdere rollen om kan gaan en het spirituele karakter van zijn professie kan borgen. De geestelijk verzorger stelt dus niet alleen de ‘trage vragen’ in zijn werken met cliënten en de instelling centraal, maar ook in de uiteenzetting met zichzelf, zijn (levensbeschouwelijke) biografie en de eigen beroepspraktijk.



Figuur 2: Het planetair tandwielmodel met competenties en rollen (Walton 2012)

par. 2.2: Ziekenhuisopname als ervaring van contingentie

De plaats van handeling van deze scriptie is het ziekenhuis, de plaats waar zieke mensen behandeld en zo nodig opgenomen worden. Over opname wordt in de samenleving niet lichtvaardig gedacht en onder druk van het verzekeringswezen wordt de drempel om opgenomen te worden verhoogd. En ook al werken de polikliniek en de opnameafdeling steeds meer samen, het feit van een opname is een serieuze zaak. Het kan gaan om geplande operaties, die noodzakelijk maar niet urgent zijn, maar ook om mensen die zich bijvoorbeeld 's

ochtends melden en meteen opgenomen moeten worden. Als er een ambulance aan te pas komt omdat iemand bezwijkt, is er vaak sprake van een zaak van leven of dood: het is crisis. Een ziekenhuis heeft in het geval van een opname te maken met enorme kosten, grote nood en grote doelgerichtheid. Het is voor een enorm bedrijf als een ziekenhuis niet makkelijk om voor haar patiënten een menswaardige omgeving te creëren. Het is de bedoeling van elk ziekenhuis dat haar patiënten gezonder naar buiten gaan dan ze naar binnen kwamen. Zo kunnen genezing en welbevinden snel tegenover elkaar komen te staan. Is het niet zo dat het welbevinden van de patiënt voor diens genezing en verwerking ook een grote rol speelt?

De focus op (geestelijk) welbevinden en menswaardige zorg valt onder het domein van de zorg en onder het domein van de dienst geestelijke verzorging. Geestelijk verzorgers begeleiden patiënten bij hun verblijf in het ziekenhuis. Zij doen dit door met hen gesprekken te hebben over waar zij rond hun behandeling ‘tegenaan lopen’ en hoe deze met levensbeschouwelijke en zingevingsvragen verbonden zijn, die tijdens de opname boven water komen (Rooijackers, 2000, p. 32).⁵ Geestelijk verzorgers maken deel uit van de zorg die een belangrijke voorwaarde vormt om het verblijf in het ziekenhuis voor patiënten – voor zover mogelijk – te laten slagen. Daarbij hebben zij te maken met hoe een patiënt de situatie interpreteert: hoeveel onmacht, verlies en zinverlies er is, hoe iemand zich tot zijn/haar lichaam verhoudt.

2.2.1 Contingentie

Ziekte en in het bijzonder het verblijf in het ziekenhuis kan tot één grote ervaring van contingentie worden, omdat het over het algemeen niet de eigen keuze van de patiënt is om hier te zijn en het een vreemde omgeving is. Smeets (2000, pp. 429-433) beschrijft dat uit onderzoek van Van der Ven blijkt dat de ervaring van contingentie in pastorale⁶ gesprekken in het ziekenhuis de hoofdmoot vormt. Als de patiënt de ziekte en de opname - of aspecten daarvan - ziet als een negatieve en relevante gebeurtenis, levert dit de stress op die de zingevingsvragen en –crisis ontketent. Ook wenzorg – zorg bij een zelf gewenste situatie, zoals zwangerschap – kan beleefd worden als een inbreuk in het eigen levensverhaal. Dat komt niet alleen door de behandeling en opname, maar ook door de grote veranderingen in dagelijks leven en identiteit die het ouderschap bijvoorbeeld met zich mee brengt.

Crisis en contingentie zijn woorden voor grote veranderingen die zich bij een mens afspelen in diens bestaan. Crisis geeft daarbij aan dat er beweging in het levensverhaal is, contingentie dat iemand ‘aangeraakt’ is en er sprake is van een breuk in het levensverhaal. Frank (1995, p. 20) beschrijft contingentie als gebrek aan doelmatigheid:

⁵ Deze gesprekken over levensloop, levensbeschouwing en levensbepalende beslissingen (biografie, geloof, ethiek) kunnen begeleid worden door rituelen. Rituelen kunnen volgens Menken – Bekius (2001, pp. 33-34) de mens in diens (levensbeschouwelijke en sociale) identiteit bestendigen maar ook een overgang markeren die in het ziekenhuis heeft plaats gevonden, rond bijvoorbeeld leven en dood.

⁶ ‘pastoraal’ is het gebruikelijke bijvoeglijk naamwoord dat naar de begeleidende activiteit van de geestelijke verzorging verwijst. Ik gebruik het hier in de ze scriptie in brede zin, en niet zozeer in de enge zin van aan kerkelijke vertegenwoordiging gebonden ‘herderlijke’ begeleiding. Ik doe dat bij gebrek aan een beter bijvoeglijk naamwoord.

“het vraagstuk hoe stabiel een handelingsrichting kan zijn als deze afhangt van een andere handeling, maar die niet kan bepalen.”⁷

Scherer-Rath verwoordt contingentie als gebrek aan (controle-) mogelijkheden:

“Wanneer mensen getroffen worden door een onverwachte, toevallige, niet te voorziene gebeurtenis die de bodem onder hun bestaan wegslaat, doen zij de ervaring op de regie over hun leven te verliezen. Er is dan sprake van gebrek aan mogelijkheden de onverwachte en toevallige situatie te interpreteren en er betekenis aan te geven. (...) De contingentie-ervaring betekent vaak een onderbreking van het dagelijks leven, omdat de werkelijkheid niet meer als vanzelfsprekend wordt ervaren.” (2007, pp. 28-30)

Ook speelt voor Mönnink (2000) nog een rol dat in de contingente situatie van ziekte of opname zich verlies en vervreemding op meerdere lagen tegelijk kan afspelen, en wel ten aanzien van o.a. het eigen lichaam, de verblijfplaats, de dagindeling, de sociale context, het psychisch functioneren, de levensloop en de levensbeschouwing.

Door het verblijf van de zieke in een vreemde omgeving is er kans op contingentie in de zin van het gebrek aan doelmatigheid en controlemogelijkheden. Voorwaarde hiervoor is de beleving van ‘het aangeraakt zijn’ waardoor men zichzelf in de situatie beleeft als onmachtig en gedesoriënteerd. Voor Pargament (1997, pp. 96-97) is dit een uitkomst van de ‘primary appraisal’, de eerste inschatting dat

- een persoon (actief of passief) deel heeft aan een gebeurtenis (betrokkenheid),
- deze voor iemand zelf positieve of negatieve gevolgen heeft (‘evaluatie’)
- en bij onze waarden en wereldbeeld aansluit en daarmee relevant is of niet (‘oriëntatie’).

Afhankelijk hiervan kan het voor mensen moeilijk zijn om in een ziekenhuis te verblijven en zich te richten op hun genezing. Iets zit hen dwars en belemmert het welbevinden. Voor Pargament (1997, pp. 87-89) is de diversiteit van gedragingen die mensen vertonen in het omgaan met contingente situaties, ook een kenmerk van coping-gedrag. Naar mate iemand denkt minder controle op een situatie te hebben, wordt deze als stressvoller beschouwd. Daarbij geldt dat de aanleiding van de opname zelf en de omstandigheden stressoren kunnen zijn.

Manu Keirse (2004, pp. 11-33) beschrijft allerlei situaties in het ziekenhuis die het patiënten ongemakkelijk kunnen maken en hun proces van genezing storen. Dit zijn situaties van mogelijke contingentie. Daarbij noemt hij onder andere de volgende ervaringen:

- De bezoekers kunnen zich slechts in beperkte mate inleven in de patiënt en hoe die de situatie ervaart. Even is er interesse, maar al snel wordt de patiënt de verhalen over het eigen dagelijks leven opgedrongen, waar hij/zij zich op dit moment helemaal niet in kan verplaatsen: er is geen echte erkenning van de crisissituatie waarin de patiënt zich bevindt.
- Het verzorgend personeel heeft een grote mate van routine wat betreft de handelingen, maar ook wat betreft de gevoelens: er is voor de patiënt weinig ruimte om de eigen gevoelens aan de orde te stellen of er wordt erg makkelijk over gedaan.
- De leefwereld van de patiënt wordt beperkt tot de (gedeelde) kamer, waar zeker wel behoefte is aan privacy en waar de enkele spulletjes hun eigen nieuwe betekenis hebben gekregen. Ook is het perspectief van de patiënt veranderd: de hal kan tot straat

⁷ “The problem of how stable a course of action can be when this action depends on, but cannot control, some other action.”

worden, het uitzicht tot tuin en de grond tot afgrond. Hier is weinig oog en respect voor.

- De patiënt heeft een andere tijdsbeleving, waarin het wachten op wat anderen komen doen – en daarmee de eigen passiviteit - centraal staat.
- De taal, de procedures en de betekenis van woorden zijn voor het personeel bekend maar voor de patiënt nieuw en verwarrend.
- De patiënt wordt constant met de eigen angst voor een slechter perspectief geconfronteerd.

Dit lijstje kan nog met veel andere ervaringen worden aangevuld. De kern is dat de crisis die ziekte en opname heet, zich op verschillende dimensies afspeelt en niet alleen op de dimensie van het lichamelijke. Ook de dimensies van het psychische, het sociale en het spirituele kunnen onder druk komen te staan (Keirse, 2004, p. 44). Allerlei verborgen emoties en angsten kunnen in de psychische snelkookpan van de opname boven water komen. De patiënt moet communiceren met mensen die hij/zij niet zelf heeft uitgekozen en die door hun beroep als vertegenwoordigers van de ziekte of aandoening verschijnen. Communicatie is moeilijk: er moet informatie overgedragen worden, en door de gevolgen en lading ervan moet dit ook subtiel en adequaat gebeuren. Door het dreigende verlies aan perspectief of door het bevreemdende leven als zieke komt het huis van de eigen zingeving van het leven op losse schroeven te staan. Het eigen welzijn verandert, de visie op wat belangrijk is, de waarden, opvattingen over het leven en kwaliteit van leven. Het is een hele taak om, zoals Scherer-Rath (2007, p. 30) zegt, op zoek te gaan *“naar een verankering van het contingente in het consistente.”* Want wat is er nog consistent?

2.2.2 Verlieservaring

Laten we de ervaring van opname in een ziekenhuis op een andere manier bekijken. De Mönnink (2000, pp. 31-42) benadert verschillende soorten crises als verlies-ervaring. Zo gezegd lijkt ziekte een vorm van een verlieservaring, waarbij er in meerdere opzichten sprake is van verlies: van gezondheid, lichamelijke integriteit, welbevinden, van huis en haard, van sociale contacten, van perspectief en zin. Sommige verliezen zijn voor kortere tijd, andere voor langere tijd of definitief. Zo zijn er voorspelbare verliezen die eigen zijn aan de levensloop en een bepaalde levensfase, denk aan het uit huis gaan en op zichzelf gaan wonen. Zij hebben hun eigen functie, betekenis en zin binnen de cultureel bepaalde levensloop en zijn door hun algemeenheid soms nauwelijks erkend als een verlieservaring. En er zijn ook incidentele verliezen die het bestaansontwerp dreigen aan te tasten door een verlies aan controle, eigenwaarde, rechtvaardigheid en toekomstperspectief. Zij kunnen dramatische levenswendingen en daarmee verandering van identiteit - maar ook groei - bewerkstelligen. In beide gevallen is er een verhoogd bewustzijn van wat men had en achter laat.

Verder onderscheidt De Mönnink nog verliezen binnen de spanningen permanent – tijdelijk; tastbaar – onzichtbaar; partieel – meervoudig; primair – secundair; oud – actueel – toekomstig; geanticipeerd – schokkend; reactief – participierend. Met ‘meervoudig verlies’ verwijst De Mönnink er naar dat het verlies zich op meerdere dimensies van het leven tegelijk afspeelt. Met ‘secundair verlies’ bedoelt hij dat het eigenlijke, ‘primaire’, verlies gevolgen voor een andere dimensie heeft. Bij ziekte is het primaire verlies gerelateerd aan de gezondheid en over het algemeen van tastbare aard.

2.2.3 Existentiële crisis en zinverlies

Irvin Yalom (2000) beschrijft de existentiële crisis als de mens in aanraking komt met *“death, isolation, meaninglessness, freedom”*, oftewel met dood en eindigheid, eenzaamheid en vervreemding, zinloosheid en doelloosheid, angst voor vrijheid en verantwoordelijkheid. Bij zieke mensen is dit ook van toepassing, want wie met een consult te maken krijgt, komt in aanraking met de beperktheid van het eigen lichaam en daarmee het dreigend perspectief van de eigen eindigheid. En of het nu komt doordat men met deskundigere mensen, een informatie-achterstand te maken heeft, met een sociale omgeving die niet alles begrijpt: door een opname is er al snel sprake van eenzaamheid. Men is alleen met de eigen beleving en gedachten over wat er gaande is en het is moeilijk die adequaat te uiten. Het gevoel van autonomie en controle over de situatie komt onder druk te staan en de patiënt wordt steeds meer op zichzelf teruggeworpen om goed om te gaan met de nieuwe situatie en er zin aan te geven.

Van der Lans noemt concrete kenmerken van zingevingsproblemen en zinverlies: *“desoriëntatie, vervreemding, zelftwijfel, chronische lusteloosheid, gevoelens van hopeloosheid die op het hele bestaan betrekking hebben.”* (2006, p. 73) Hij legt uit dat de zinvraag gesteld wordt *“als er een discrepantie ervaren wordt tussen het leven zoals het feitelijk verloopt, en het levensideaal.”* Ons levensproject komt in gevaar, we zien het belang van de huidige situatie niet, we herkennen en begrijpen haar en haar functie niet. (2006, p. 77-79) Naast deze desoriëntatie kan het ook zijn dat we wel waarde aan de situatie hechten (‘evaluatie’) en vinden dat we iets met de situatie doen moeten (‘oriëntatie’).⁸

2.2.4 Perspectief

Frank (1995, pp. 75-136), en met hem van Schrojenstein-Lantman (2007), maakt met het (narratieve) onderscheid tussen de herstellende, de chronische en de terminale patiënt duidelijk hoe verschillend het perspectief kan zijn van een patiënt op zijn/haar ziekte en opname. Frank noemt deze verhalen achtereenvolgens ‘het herstelverhaal’, ‘het chaosverhaal’ en ‘het speurtochtverhaal’. Bij elk van deze verhalen zijn er verschillende elementen die risico lopen als contingent ervaren te worden, elk van hen heeft een eigen verloop, manier van omgang en soort beslissingen die genomen moeten worden.

De herstellende patiënt ervaart een breuk in het levensverhaal door (al dan niet merkbaar) ziek te worden en een proces van oa. diagnose, opname, behandeling, operatie, observatie en ontslag te ondergaan. Hij/zij heeft wel zicht gehouden op genezing of afdoende herstel om de draad naderhand weer op te kunnen pakken: *“Yesterday I was healthy, today I’m sick, but tomorrow I’ll be healthy again.”* (Frank, 1995, p.77). De opname kan - geestelijk gezien - functioneren als een gedwongen stilstand, die bezinning kan oproepen op levensloop en levensbeschouwing, op kwetsbaarheid en vrijheid: *“Hoe verhoudt Gods bedoeling zich tot deze breuk in mijn leven?”* (Ganzevoort, 1994, pp. 259-261).

De chronische patiënt heeft tijdens of na de ziekte en opname het zicht op herstel verloren en blijft te maken hebben met ziekteverschijnselen en daarmee met heropname, diagnose en behandeling. Een motto van dit soort verhaal is lastig te geven, omdat soms

⁸ Zie de omschrijving van ‘primary appraisal’ van Pargament op p. 16

een structuur van gebeurtenissen in de tijd ontbreekt en controle op de werkelijkheid ontbreekt: *“de chaos kan niet vanuit de chaos beschreven worden”* (Frank, 1995, p. 108). Ethische dilemma's en existentiële vragen cirkelen rond vragen over emancipatie, autonomie, schaamte, schuld en aanvaarding (Oderwald, 1995).

De terminale patiënt kan door opname niet meer genezen worden maar is soms wel van opname afhankelijk als er intensieve verzorging en behandeling nodig is. Het perspectief is de eindigheid: het levensverhaal is op het hiermee omgaan gericht. Het eigen verhaal neemt de vorm aan van een avontuur, bijvoorbeeld aan de hand van de fases van de mythe volgens Joseph Campbell (2011), dat in de vorm van een memoire, een manifest of een automythologie beschreven wordt. Ethische en existentiële vraagstukken gaan over doorbehandelen of stoppen, de zin van het voorbije leven en de betekenis van leven en dood. De geestelijke verzorging kan bijdragen aan 'innerlijke ruimte' door te begeleiden bij de 'kunst van het sterven' dat plaats vindt temidden van de spanningen tussen ik – de ander; doen – laten; vasthouden – loslaten; vergeven – vergeten; geloven – weten (Leget, 2003, pp. 17-22).

2.2.5 Verhouding tot het lichaam

Frank (1995, pp. 29-52) onderbouwt deze drie typen verhalen als manieren van omgang tussen mens en lichaam. Hij beschrijft de spanning tussen meerdere handelingen en vaardigheden rond ziekte.

Ten eerste noemt hij 'voorspelbare en contingente beheersing': we zijn als mens gewend om een zekere beheersing over ons lichaam te hebben en te kunnen voorspellen wat ons lichaam doet. Maar door (chronische) ziekte kan deze voorspelbaarheid wegvallen, en daarmee ook onze beheersing en begrip van ons lichaam (contingente controle). Een gebrek aan beheersing kan niet alleen bij iemand zelf maar ook bij anderen schaamte oproepen en in de maatschappij leiden tot stigmatisering. Dit komt door het uitgangspunt dat de mens voor zijn ziekte niet verantwoordelijk kan worden gehouden, maar wel voor hoe hij zich in de openbaarheid toont.

Ten tweede noemt Frank de verhouding tot het lichaam: associëren we ons met ons lichaam of niet en in welke context? Met zijn woorden gesproken: *“Heb ik een lichaam of ben ik een lichaam?”* Verzorging, voedingen oefening: signaleren wat het lichaam nodig heeft of probeert aan te geven zijn vormen van associatie. Dit hoeft geen hedonistische vormen aan te nemen, maar kan ook zwijgend gebeuren. Vaak wordt associatie met het lichaam problematisch als het lichaam de horizon van de eindigheid laat zien. Maar ook kan bij ziekte een dissociatieve verhouding tot het lichaam omgezet worden in associatie doordat het lichaam zich opdringt.

Ten derde speelt de verhouding tot anderen een rol. Volgens Frank is het een ethische keus om dyadisch in het leven te staan, in relatie tot anderen, een ander. Gerelateerd aan de context van de opname kunnen die anderen medepatiënten en personeel zijn, maar ook het bezoek of afwezig zijn die de (gezonde) thuiswereld representeren. Centraal staat de vraag: *“Heeft de ander met mij te maken, zoals ik met hem?”* en: *“Ben ik alleen in mijn ervaring van ziekte en pijn of delen we die?”* Frank neemt bij opnames waar dat de onderlinge afstand tussen patiënten groot genoeg moet zijn om de privacy te waarborgen. Daarmee wordt het sluiten van contact, laat staan dat van vriendschap, moeilijk. Ook verhouden de patiënten op één kamer zich niet collectief maar allemaal individueel tot de verzorging. In ons samen leven en werken zijn we ook met een lichaam, dat we in dit contact inbrengen.

Ten vierde noemt Frank verlangen: *“Hoe wordt het verlangen dat we in ons leven hebben voor, met en door ons lichaam uitgedrukt?”* Mensen verlangen in verschillende mate naar alsmaar meer, of verlangen soms ook nergens naar. Ziekte, opname en een slecht perspectief kunnen het verlangen naar nieuwe ervaringen in het leven erg temperen, maar ook stimuleren: beleeft iemand zinloosheid van verlangen of een vrijbrief om te verlangen?

Frank constateert dat er vooral vier verschillende types van mensen voorkomen in hoe zij met deze 4 spanningen omgaan. Zij combineren telkens twee uitersten van een bepaalde spanning. Frank noemt dit ‘vier ideaal-typische lichamen’:

	Voorspelbare beheersing	Contingente beheersing (onmacht)	
Gebrek aan verlangen	‘Het gedisciplineerde lichaam’ is voorspelbaar en heeft nauwelijks een eigen verlangen, het onderwerpt zich aan het regime;	‘Het overheersende lichaam’ heeft contingente controle en een gedissocieerde verhouding tot het lichaam, het werkt vanuit kracht;	Gedissocieerde verhouding tot het lichaam
Productief verlangen	‘Het spiegelende lichaam’ heeft een productief verlangen en staat op zichzelf (monadisch), het is op consumptie gericht;	‘Het communicerende lichaam’ is verbonden met het lichaam en staat in relatie tot anderen (dyadisch), het is op erkenning gericht.	Geassocieerde verhouding tot het lichaam
	Monadische verhouding tot de ander	Dyadische verhouding tot de ander	

Figuur 3: vier type verhoudingen van de mens tot het lichaam (Frank, 1995, p. 30)

Met deze ‘psychologie van het lichaam’ beschrijft Frank de mogelijke verhoudingen van de mens tot diens lichaam vooraf, tijdens en na ziekte. Zo bezien kan de confrontatie van de opgenomen patiënt met het eigen (verminderd functionerende) lichaam allerlei reacties, waaronder ook een contingente situatie, veroorzaken.⁹

2.2.6 Samenvatting

Samenvattend kan gezegd worden dat ziekte en opname ervaren kan worden als een crisis. Het kan - naast een verlies van gezondheid, welbevinden en sociale contacten - een gebrek aan controlemogelijkheden en doelmatigheid, maar ook ervaringen van contingentie, aangeraakt-zijn en (zin-)verlies teweeg brengen in meerdere dimensies van het leven. Door de grote diversiteit aan levensverhalen, persoonlijke thematieken, perspectieven en vaardigheden neemt de crisis op individueel vlak allerlei vormen aan. De patiënt heeft een persoonlijke, empathische en communicatieve benadering nodig om aan te kunnen passen en weer in evenwicht te komen.

⁹ Bij de theorie van Frank is de nuance belangrijk dat het een descriptieve en geen normatieve theorie betreft. Elke soort omgang heeft volgens hem zijn eigen goede context en momentum.

par. 2.3: Coping bij ziekte

In deze paragraaf bekijken we de theorie van coping rond ziekte. Volgens Pargament (1997, pp. 82-89) is coping de manier waarop mensen met een crisisvolle situatie omgaan vanuit de gedachte dat zij niet noodzakelijkerwijs passieve slachtoffers van hun situatie hoeven te zijn. Dit proces van omgang en zingeving ontwikkelt zich door de tijd heen en is daarom dynamisch van aard. De theorie van coping probeert daarom het gedrag van mensen en hun overwegingen en keuzes te beschrijven. Vanuit de coping-theorie volgen dus geen aanwijzingen over hoe een goede coping tot stand komt, of hoe hierop gerichte counseling geboden kan worden. Wel geeft de theorie inzicht in wat adequate reacties zijn en met welke processen, taken en handelingen een patiënt te maken heeft. Daarom vormt zij de basis voor het werk van geestelijke verzorging.

Pargament beschrijft 5 belangrijke aspecten van coping:

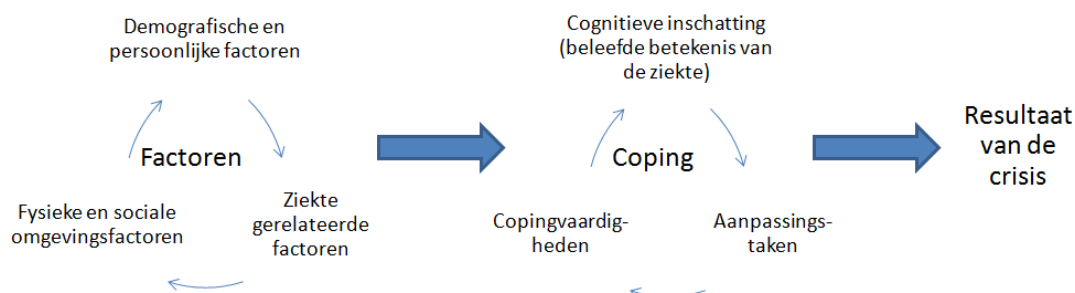
- Coping is een ontmoeting tussen persoon en situatie: er is een transactioneel proces, een proces van uitwisseling en ontmoeting tussen individu en situatie binnen een bredere context.
- Coping is een multidimensionele menselijke activiteit. Coping is zowel een cognitieve, affectieve als een gedragsmatige activiteit en vindt plaats binnen een bredere context van relaties en achtergronden.
- Coping is een veellagig contextueel fenomeen. Mensen zijn deel van een sociale context, waarbinnen ze een bepaalde rol hebben. De sociale context oefent invloed uit op de situatie en de problematiek van de coping.
- Coping bestaat uit mogelijkheden en keuzes. De meest centrale kwaliteit van coping is het hebben van en omgaan met mogelijkheden en keuzes, waaruit verantwoordelijkheid voor (deels) door ons gemaakte keuzes in het omgaan met de crisis voortvloeit. Pargament verwerpt psychisch en sociaal determinisme en is meer gericht op waardering van het vermogen van proactief keuzes maken en een bewuste houding in stressvolle situaties, dan op instinctmatige en onbewuste verdediging.
- De individuele verscheidenheid is een waarmerk van coping. Ieder individu brengt verschillende achtergronden, mogelijkheden en lasten met zich mee: er is weinig uniformiteit te vinden in coping in vergelijkbare situaties, zowel bij kinderen, adolescenten als volwassenen.

Het artikel van Moos en Davis Tsu (1979) legt een belangrijke basis voor de theorie rond coping bij lichamelijke ziekte.¹⁰ Zij beschrijven hoe het coping-proces plaats vindt. (zie Figuur 4). Dit wordt later door Moos en Schaefer (1986) algemener - maar soms ook aanvullend - uitgewerkt voor de algemenere noemer 'grote transitie in het leven en crises.' Hierdoor wordt wederom duidelijk hoe ziekte en crisis – vanuit het zicht van coping althans – aan elkaar verwant zijn.

Moos (en zijn co-auteurs) noemt in allebei de artikelen kort de factoren die van invloed zijn op de kwaliteit en kwantiteit van het coping-proces. Dat zijn factoren die met de achtergrond en de persoonlijkheid te maken hebben; factoren die, met de fysieke (in de zin van ruimtelijke) en sociale omgeving en met de crisis, in casu de ziekte of opname, te maken hebben. De eerste stap in het eigenlijke coping-proces is de cognitieve inschatting van de

¹⁰ Verwijzing naar dit boek gevonden bij Keirse (2004, pp. 70-83)

situatie (door de getroffene) en een beoordeling of deze situatie voor deze persoon problematisch en relevant is.¹¹



Figuur 4: Conceptueel model voor het begrijpen van de crisis van fysieke ziekte (Moos en Schaefer, 1986, p. 20)

2.3.1 Aanpassingstaken

Er is sprake van een aantal taken om zich aan te passen aan de ziekte en opname in het ziekenhuis. Hieronder staan belangrijkste aanpassingstaken ('major adaptive tasks') van crisis en specifiek ziekte ter vergelijking naast elkaar.

Belangrijke aanpassingstaken rond ziekte bij Moos en Davis Tsu (1979, pp. 8-12):

Ziekte-gerelateerde aanpassingstaken:

- 1) Omgaan met pijn en beperkingen
- 2) Omgaan met de omgeving van het ziekenhuis en de speciale behandelingsprocedures
- 3) Ontwikkel adequate verhoudingen tot het professionele personeel

Algemene aanpassingstaken:

- 4) Bewaar een redelijk emotioneel evenwicht
- 5) Bewaar een voldoening gevend zelfbeeld
- 6) Bewaar goede verhoudingen met familieleden en vrienden.
- 7) Bereid je voor op een onzekere toekomst.

Belangrijke aanpassingstaken rond crisis bij Moos en Schaefer (1986, pp. 10-13):

- 1) Verkrijg de betekenis en begrijp de persoonlijke relevantie van de situatie.
- 2) Ga de confrontatie met de werkelijkheid aan en kom tegemoet aan de eisen die de uiterlijke situatie van je vraagt.
- 3) Onderhoud relaties met familieleden en vrienden en met andere individuen die behulpzaam kunnen zijn bij het oplossen van de crisis en haar nasleep.
- 4) Handhaaf een redelijk emotioneel evenwicht door gevoelens van onrust door de situatie te beheersen.
- 5) Bewaar een voldoening gevend zelfbeeld en handhaaf een gevoel van bekwaamheid en meesterschap.

Figuur 5: Aanpassingstaken bij ziekte en crisis

De eerste drie aan ziekte gerelateerde taken van Moos en Davis Tsu zijn vanuit de beschrijving van de crisis van de patiënt goed voorstelbaar: het is belangrijk om allerlei vormen van discomfort en miscommunicatie te vermijden en de tegendelen te bereiken door het contact met de omgeving van het ziekenhuis aan te gaan (zie de tweede taak bij crises). De vierde en vijfde taak kunnen getypeerd worden als handhaving van psychohygiëne. De zesde taak betreft sociale ondersteuning en in de zevende is er aandacht voor het onder druk staande perspectief.

Als we de twee lijstjes met elkaar vergelijken, valt mij het volgende op:

¹¹ Dit komt later bij Pargament (1997) terug als 'primary appraisal' en bij van der Lans (2006) als de 'oriëntatie en evaluatiefase'.

- De eerste taak bij ‘aanpassing aan crises’ (“Verkrijg de betekenis en begrijp de persoonlijke relevantie van de situatie”) komt (nog) niet als zodanig bij de aanpassingstaken rond ziekte voor. Misschien is dit omdat de relevantie van de ziekte voor de patiënt vanzelfsprekend zou zijn: hij/zij is beschadigd in diens fysieke integriteit. Wat ziekte betekent en inhoudt, is volgens mij wel degelijk belangrijk om te weten, niet alleen om adequate communicatie met het personeel te bewerkstelligen, maar wellicht ook voor de verdere zingeving. Ik denk dat het daarom eerder een belangrijke toevoeging van Moos en Schaefer betreft, dan een omissie door Moos en Davis Tsu
- De tweede taak bij ‘aanpassing aan crises’ (“Ga de confrontatie met de werkelijkheid aan”) komt, is te herkennen als tweede en derde taak bij ziekte rond het omgaan met omgeving en personeel.
- De derde, vierde en vijfde taken bij aanpassing aan crisis komen bijna letterlijk als vierde, vijfde en zesde taak terug bij de taken rond ‘aanpassing aan ziekte’ van Moos en Davis Tsu.
- De vijfde aanpassingstaak bij crises (“handhaaf een gevoel van bekwaamheid en meesterschap”) komt (nog) niet terug bij de taken rond ‘aanpassing aan ziekte’, maar lijkt de laatste, zevende, taak (“Bereid je voor op een onzekere toekomst”) te vervangen. Ook al is het erg belangrijk om op een onzekere toekomst te anticiperen, het is voorstelbaar waarom Moos en Schaefer deze taak anders formuleren. De taak om een gevoel van regie en controle te houden lijkt mij bij ziekte wel van belang, en zeker in een ziekenhuis als klinische omgeving, die niet gericht is op de autonomie van de patiënt en diens gevoel van controle en regie, maar die juist vervangt.

2.3.2 Vaardigheden

Moos beschrijft in beide artikelen (zowel over crises als ziekte) vervolgens vaardigheden die nodig zijn voor adequate coping.

<i>Vaardigheden voor het omgaan met ziekte</i> bij Moos en Davis Tsu (1979, pp. 12-15)	<i>Vaardigheden voor het omgaan met crises</i> bij Moos en Schaefer (1986, pp. 13-19)
1) Ontkennen of minimaliseren van de ernst	<i>Op inschatting ('appraisal') gerichte coping:</i>
2) Zoeken van relevante informatie	1) Logische analyse en geestelijke voorbereiding
3) Vragen van bevestiging en emotionele ondersteuning	2) Cognitieve herdefinitie
4) Leren van specifieke aan de ziekte gerelateerde procedures	3) Cognitieve ontwijking of ontkenning
5) Bepalen van concrete, beperkte doelen	<i>Op het probleem gerichte coping:</i>
6) Herhalen van alternatieve uitkomsten	1) Zoeken van informatie en ondersteuning
7) Vinden van een algemeen doel, patroon of betekenis	2) Ondernemen van probleemoplossend handelen
	3) Identificeren van alternatieve beloningen
	<i>Op emotie gerichte coping:</i>
	1) Affectieve regulatie
	2) Emotionele ontlading
	3) Gelaten aanvaarding

Figuur 6: Vaardigheden bij het omgaan met ziekte en crisis

De duidelijke indeling van vaardigheden, die Moos en Schaeffer in 1986 bij coping rond crisis beschrijven (inschattingsgericht – probleemgericht – emotiegericht), is een indeling

die in de theorievorming klassiek is geworden. Deze fasering van coping verloopt zo, dat deze zich ten eerste richt op de inschatting van een gebeurtenis en de vraag of men zich ermee moet uitzetten, ten tweede op de vraag of men iets aan het probleem kan veranderen door middelen of doelen te veranderen en actie te ondernemen, en ten derde door de eigen beleving van het probleem te veranderen. Deze fasering is nog niet zo duidelijk bij het coping-proces rond ziekte van Moos en Davis Tsu terug te vinden, dat eerder in 1979 geschreven is.

De twee lijstjes zijn verder zeer vergelijkbaar op het punt van de psychosociale hygiëne en de aanpassing aan de nieuwe omgeving en het nieuwe perspectief, maar er zijn ook verschillen. Zo vermeldt het lijstje rond ziekte als laatste vaardigheid ook het "Vinden van een algemeen doel, patroon of betekenis", waarmee in de richting van zingeving gewerkt wordt. Bij vaardigheden rond crisis wordt dit niet genoemd, alleen het begin en resultaat van een zingevingsproces, als "cognitieve herdefinitie" en "gelaten aanvaarding."

Opvallend in de terminologie van Moos e.a. vind ik ook dat hij ontkenning en ontwijking noemt als een (positieve) vaardigheid. Moos en Davis Tsu leggen uit dat het relativeren en mentaal boven de situatie staan eraan bijdraagt dat men door woede, paniek of apathie als niet-constructieve emotionele uitingen gegrepen wordt. Het lijkt mij vanuit psycho-hygiënisch oogpunt dat naast deze vaardigheid ook de vaardigheid mag bestaan om de primaire emoties te uiten. De vaardigheid van ontkenning kan dan daarna van pas komen om weer tot zichzelf te komen.

Ook valt de cognitieve herdefinitie op die Moos en Schaefer (1986, p. 15) noemen. Zij noemen hierbij vijf mogelijkheden om zichzelf te versterken:

- 1) het zichzelf vergelijken met anderen die minder geluk hebben, (oftewel de 'downward comparison')
- 2) het zich richten op attributen die hen zelf voordeel lijken te geven,
- 3) het verzinnen van hypothetische situaties die erger dan de huidige situatie zijn, (oftewel de 'upward comparison')
- 4) het stellen van normen waardoor de eigen aanpassing uitzonderlijk goed lijkt,
- 5) het verzinnen van voordelen in de situatie waarvan zij het slachtoffer zijn.

2.3.3 Samenvatting

De coping-theorieën van Moos en Davis Tsu (1979) en Moos en Schaefer (1986) beschrijven (zowel normatief als descriptief) het gedrag van mensen in het omgaan met crisis en ziekte. Zij beschrijven dat a) de cognitieve inschatting, b) de verschillende aanpassingstaken aan de crisis / ziekte en c) de verschillende vaardigheden allemaal op elkaar inwerken als individuele uiting van coping.

Duidelijk is dat cognitieve herdefinitie de eerste inschatting direct oppakt en uitwerkt in de richting van het verkennen van mogelijke oplossingen en anders naar de eigen situatie kijken. Dit werken Pargament en anderen later ook uit in hun beschrijving van hoe mensen omgaan met een situatie, er zin aan geven en wat zij eruit concluderen ('tertiaire taxatie').

par. 2.4: Ziekte en zingeving

Geestelijke verzorging richt zich over het algemeen op coping die aan zingeving verbonden is. Zingeving is het geven van persoonlijk betekenis aan een situatie, waardoor deze (weer) in een zinvol verband beleefd wordt. Het kan daarbij gaan om het zoeken naar een levensbeschouwelijke of persoonlijk gemotiveerde verklaring of herwaardering (op het verleden gericht), maar ook om het zoeken van doelen en mogelijkheden om een crisis het hoofd te bieden (op het nu en de toekomst gericht). Pargament (1997, p. 92) formuleert het resultaat van zingeving als volgt:

“Zin (‘significance’) is, ten dele, een fenomenologische constructie, waarbij gevoelens en aannames betrokken zijn die met waarde, belang en waarden (‘worth, importance and values’) geassocieerd worden. Zij belichaamt de ervaring van zorg, aantrekking of hechting. We kunnen spreken van gevoelens van zin of zinbeleving, zoals in het geval van de jonge vader die iets in het leven ontdekt had dat er zeer toe deed. In de woorden van William James is zin ‘the hot place in a man’s consciousness.’”

Geestelijke verzorging is niet per sé betrokken bij alle andere taken en vaardigheden van coping, zoals het verkrijgen van informatie of leren van de procedures. Zij richt zich vooral op wat de opname “aan levens- en zinragen loswoelt” (Doolaard, 2006, p. 209), in welke dimensie van het leven dan ook. In mijn woorden, zin en zingeving is met die relevante gebeurtenissen, mensen en zaken in ons leven verbonden die een meerwaarde bewerkstelligen en met onze identiteit samenhangen.

Het zoeken van zin (in de zin van betekenis of waarde) in een contingente situatie als ziekenhuisopname en ziekte kan zich richten op verschillende aspecten. Dit kan de aanleiding van de situatie zelf zijn (opname door ziekte). Ook - zoals bij Keirse (2004) en Moos en Schaefer (1986) duidelijk werd – kunnen secundaire omstandigheden de contingente situatie en het gebrek aan zinbeleving versterken. Het gaat dan bijvoorbeeld om onbegrepen procedures, een informatieachterstand, een problematische bejegening door hulpverlenend personeel, weinig empathisch bezoek, gebrek aan begeleiding van emoties, haperend zelfbeeld, onduidelijk of pessimistisch perspectief. Deze aspecten kunnen in een gesprek over zingeving hun plek krijgen in een heroriëntatie op en een herwaardering van de situatie.

Volgens van der Lans gaan mensen op zoek naar zin bij 1) een gevoel van zinverlies van bestaande handelingen, 2) een gevoel van leegte of 3) een catastrofale levenservaring. Hun zinbeleving is aangetast, dat uit de volgende drie elementen bestaat:

- Besef van cognitief-affectieve controle: er is herkenning en een gevoel van vertrouwdheid dat overeenkomt met het levensproject;
- Doelgerichtheid: een voortgaande realisatie – of het perspectief daarop - van een belangrijke waarde, levensideaal of grondovertuiging;
- Een vitaal lust- of geluksgevoel. (Lans, 2006, pp. 76-80)

Deze elementen verwijzen volgens mij naar aspecten van oriëntatie, omdat zij factoren in het proces van identificatie met en acceptatie van de situatie zijn. Maar deze aspecten komen bij de opgenomen patiënt snel in het gedrang als er door de opname sprake is van:

- een min of meer gedwongen overgave aan de verzorging,
- een onduidelijk perspectief in afwachting van diagnose, operatie en herstel,
- een verminderd welbevinden door ziekte of medicijnen.

Verlies van zinbeleving is zodoende zeer te verwachten in een situatie van stagnerende vitaliteit. In par. 2.2.5 maakte Frank duidelijk hoe er verschillende visies op en omgangen

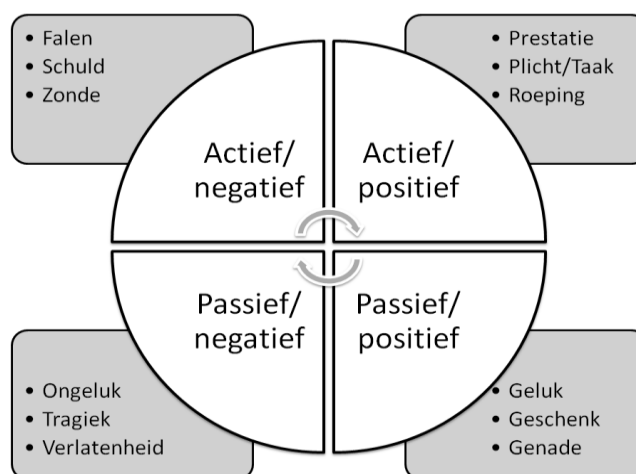
met het lichaam zijn en hoe deze verhouding door ziekte en opname verstoord wordt. Wellicht kan heroriëntatie ook een andere verhouding tot het eigen lichaam verzorgen wanneer deze in de huidige situatie van ziekenhuisopname niet functioneert.

2.4.1 Levensbeschouwelijke interpretatie

Hoe interpreteert een patiënt diens ziekte levensbeschouwelijk en hoe kan een geestelijk verzorger dit verkennen? Voor de spirituele diagnostiek van de geestelijk verzorger wil ik twee modellen van levensbeschouwelijke interpretatie van een situatie en specifiek ziekte beschrijven. Daarna argumenteer ik waarom dit belangrijk is.

Het eerste model is een cognitief model om persoonlijke relevantie rond ervaringen van contingentie te benoemen. Scherer-Rath beschrijft in Figuur 7 (2007, pp. 30-34) de 'primary appraisal'¹² naar de drie gebruikelijke assen van 1) actieve – passieve betrokkenheid bij de gebeurtenis, 2) positieve – negatieve evaluatie en 3) persoonlijke relevantie of niet (oriëntatie). Met deze drie criteria van de 'primary appraisal' kan de geestelijk verzorger peilen hoe een patiënt diens situatie beoordeelt en voor zichzelf relevant acht en of er mogelijk sprake is van zingevingsvraagstukken.

Voor de as van de relevantie gebruikt Scherer een spirituele schaal van een neutrale, via een existentiële, naar een religieuze interpretatie (bijvoorbeeld resp. falen, schuld, zonde). Op die manier ontstaat een diagnostisch instrument voor de geestelijk verzorger om te peilen hoe een situatie in eerste instantie geïnterpreteerd wordt.



Figuur 7: "Aspecten en dimensies van contingente levenservaringen" naar een neutrale, existentiële en religieuze interpretatie (Scherer-Rath 2009, p. 32)

Als tweede wil ik Wilber (1993, pp. 62-63), auteur van boeken over 'transpersoonlijke psychologie,' noemen, die een overzicht geeft van allerlei visies op ziekte. Zo noemt hij:

- Ziekte als straf van God (christelijk)
- Ziekte als les (nieuwetijds denken)
- Ziekte als biofysieke kwaal (medisch)
- Ziekte als zuivering van negatief karma (karmisch)
- Ziekte als onderdrukte emotie (psychologisch)
- Ziekte als illusie (gnostisch)

¹² Zie de omschrijving van 'primary appraisal' van Pargament op p. 16

- Ziekte als (op zich betekenisloos) deel van je eindigheid (existentialistisch)
- Ziekte als product van fysieke, emotionele, mentale en spirituele factoren (holistisch)
- Ziekte als vergelding (magisch)
- Ziekte als onvermijdelijk deel van de manifeste wereld (boeddhistisch)
- Ziekte als toeval of gevolg van oorzaken (wetenschappelijk)

In feite biedt deze opsomming een mogelijkheid voor de geestelijk verzorger om de interpretatie van ziekte voor de patiënt te verkennen. De (levensbeschouwelijke) visie op ziekte bepaalt immers de inschattingen tijdens de 'primary appraisal'.

Waarom is het voor een geestelijk verzorger belangrijk om de levensbeschouwelijke interpretatie door de patiënt te kennen? Volgens van der Lans (2006) moeten zowel de oriëntatie als de evaluatie in contact met de eigen bronnen gebeuren, respectievelijk het wereldbeeld en het zelfbeeld. Om een adequate begeleiding bij zingeving te bieden is individuele maat leidend. In het geval van ziekte spelen voor de patiënt de visie op het lichaam, kwetsbaarheid, beperkingen, ziekte, genezing en dood een belangrijke rol als onderdelen van oriëntatie. Als onderdelen van evaluatie spelen de visie op het levensdoel, identiteit en levensverhaal een belangrijke rol. Maar ook is het belangrijk dat in de communicatie rond zingeving de onderliggende visie op mens, ziekte en (geestelijke) gezondheid geëxpliciteerd wordt. Want op basis hiervan vindt de zingeving plaats, hiertegen moet het resultaat van coping (en zingeving) af worden gezet.

Aangezien in de geestelijke verzorging in het ziekenhuis de levensbeschouwing van de patiënt centraal staat, is het respecteren van de visie van de ander vanzelfsprekend. Het geestelijk functioneren, zingeving en levensoriëntatie van de ander staan centraal. (Heitink, 2000, pp. 362-363) Aan de geestelijk verzorger is het de taak om samen met de patiënt te onderzoeken hoe de huidige situatie zoveel mogelijk binnen het (levensbeschouwelijke) referentiekader van de patiënt zinvol opgenomen kan worden.

Een indicator, dat de levensbeschouwing van een patiënt voldoende of niet afdoende functioneert om goed met de crisis van ziekte en opname om te gaan, biedt de vrij open en meest gangbare omschrijving van 'geestelijke gezondheid' van Paloutzian (1983, p. 174)¹³ Hij verstaat hieronder:

- Het ontbreken van overmatige schuldgevoelens
- Het realistisch kunnen inschatten en aanvaarden van de eigen tekortkomingen
- Het ervaren van niet te veel, maar ook niet te weinig spanning in het leven
- Het effectief kunnen omgaan met problemen
- Het leiden van een bevredigend sociaal leven
- Het ervaren van een voldoende hoeveelheid geluksgevoelens.

2.4.2 Religieuze coping

Na de eerste inschatting / interpretatie van de situatie ('primary appraisal'), volgt het (samen) nadenken over de mogelijkheden die men heeft om met het probleem en/of de gevoelens die men heeft, om te gaan. Pargament noemt dit de 'secondary appraisal' (secundaire taxatie). Pargament beschrijft hoe mensen religie inzetten voor coping als het samenspel van persoon, situatie en context dat toelaat. Pargament beschrijft zowel religieuze coping-stijlen, coping-activiteiten als coping-doelen.

Pargament (1997, pp. 180-183) onderscheidt drie religieuze coping-stijlen om een gevoel van controle over de situatie te krijgen:

- *De zelfsturende stijl*: iemand vertrouwt eerder op zichzelf dan op God. Uitgangspunten zijn hierbij een zekere mate van zelfvertrouwen en persoonlijke controle, maar ook waardering van pro-activiteit en autonomie. Religiositeit kan hierbij een achtergrond zijn: .
- *De afhoudende stijl*: iemand houdt de situatie uit en wacht af of God ingrijpt. Uitgangspunt is dat God controle heeft over de situatie, dat men zelf een minder groot zelfvertrouwen en oplossend vermogen heeft, maar afhankelijk is van externe middelen, zoals God, geloof en regels.
- *De samenwerkende stijl*: iemand werkt samen met God om de situatie op te lossen. Uitgangspunten zijn een grotere zelfwaardering en relationele vaardigheden, maar ook een grote religieuze activiteit, zoals gebed.

Tot de mogelijke religieuze activiteiten ('middelen') die mensen kunnen ontplooien, horen volgens Pargament (1997, pp. 183-187):

- *Spirituele activiteit*, zoals het vinden van Gods bedoeling of les, het overlaten aan God, vertrouwen, zoeken van troostende gedachten vanuit het geloof
- *Goede daden*: verbeteren van het eigen leven, helpen van anderen, deelnemen aan religieuze bijeenkomsten.
- *Ontevredenheid*: boos zijn en zich verwijderen van God of de religieuze gemeenschap, het stellen van vraagtekens bij het geloof.
- *Religieuze ondersteuning zoeken*: benaderen van ambtsdragers en leken voor gesprek of begeleiding.
- *Pleidooi*: God vragen of smeken dat iets niet of wel gebeurt, vragen waarom iets is gebeurd, onderhandelen.
- *Religieuze vermijding*: het zich niet bezig houden met de problemen van hier en nu, maar het ontsnappen daaraan door het over te laten aan God, naar de toekomst te kijken of religieuze activiteiten te ontplooien die de zinnen verzetten, zoals Bijbel lezen.

Pargament (1997, pp. 183-187) beschrijft hier ook nog de doelen die religie voor mensen kan hebben:

- *Spiritueel doel*: geven van een gevoel van nabijheid, betekenis, zingeving en hoop.
- *Zelfontwikkeling*: gevoel van controle en groei.
- *Oplossing*: hulp bij het oplossen van een probleem, het geven van rust en troost.
- *Delen*: gevoelens kunnen delen, nabijheid en geborgenheid.
- *Beheersing*: het reguleren van gevoelens en gedrag.

Zoals aan de laatste activiteit (vermijding) te merken is, is er niet sprake van een eenduidige activiteit of doel: een activiteit heeft sterke en zwakkere kanten, maar is ook niet per se positief of negatief. Wat de goede aanpak is, hangt af van persoon (inclusief voorkeuren voor stijlen en doelen), ([religieuze] interpretatie van de) situatie en (sociale en religieuze) context.

2.4.3 Tertiaire taxatie

De definitie van Paloutzian biedt normatieve aanknopingspunten om samen met de patiënt te ontdekken hoe de levensbeschouwelijke constructie, dan wel de bronnen daarvoor, nog functioneert. Zo zijn er meerdere mogelijke coping-methoden, die Pargament (1997, pp. 106-114) uitwerkt. Hij maakt onderscheid tussen de waarden die voor de patiënt van betekenis zijn en nagestreefd worden (de doelen) en de instrumenten die men in handen heeft om deze te bewerkstelligen (de middelen). In een zingevingscrisis reageren mensen door vast te houden aan hun doelen en/of middelen, of deze aan te passen, dan wel helemaal

overboord te gooien. Pargament beschrijft daarmee 4 soorten gedragingen, die als ‘tertiaire taxatie’ in toenemende mate een transformatie van de coping-activiteit vragen:

1. *Behoud* (‘preservation’) is het bewaren van doelen en middelen volgens een aangewend patroon.
2. *Reconstructie* is het bewaren van de eerdere doelen en het wijzigen van de middelen om de doelen te bereiken, omdat de oude middelen niet functioneren.
3. *Herwaardering* (‘re-valuation’) is het veranderen van de doelen terwijl men de middelen ongewijzigd laat. De levensdoelen die je had, zijn niet realistisch of onzeker geworden. Hierom moet je nieuwe betekenis zoeken en jezelf nieuwe doelen stellen binnen de bestaande kaders van het leven.
4. *Herscheping* (‘re-creation’) beschrijft de ingrijpende verandering van zowel de doelen als van de middelen.

Pargament werkt deze vier methodes descriptief uit waarbij het vraagstuk van de transformatie van doelen en middelen binnen het domein van de levensbeschouwing valt. Onder de verandering van middelen kan dan verstaan worden het godsbeeld en de visie op de betreffende situatie, de persoon en het heilige, maar ook de rol van de levensbeschouwelijke gemeenschap en diens (bestendigings-) rituelen. Onder de verandering van doelen verstaat hij dan de betekenis van het leven, verbonden aan de rol van het geloof, en overgangsrituelen. Een verandering van zowel doelen als middelen kan dan de vorm aannemen van vergeving of bekering.

Zoals gezegd, is het voor een geestelijk verzorger belangrijk in eerste instantie uit te gaan van de kracht van de doelen en middelen die een patiënt ter beschikking staan. Maar als deze niet goed functioneren, kunnen de geestelijk verzorger en de patiënt zich richten op een verandering van doelen en/of middelen. De diagnostische modellen van Scherer en Wilber (zie p. 24) bieden dan ook handvatten.

Het model van Scherer, dat een gedifferentieerde mate van oriëntatie biedt, kan tegelijk ook dienen als een heuristisch model, waarbinnen als gesprekstechniek bewogen kan worden richting een constructieve levensbeschouwelijke herinterpretatie of herwaardering. Het is voorstelbaar dat het gesprek zich beweegt langs de drie verschillende assen van betrokkenheid, evaluatie en oriëntatie en zo samen te zoeken naar levensbeschouwelijke vragen, mogelijkheden en oplossingen. Het is daarbij voorstelbaar dat er niet één waardering gegeven wordt, maar dat er zich een dilemma van een meervoudige evaluatie aandient: het gevoel van schuld, omdat iemand rookt, kan bijvoorbeeld naast een gevoel van persoonlijke roeping staan om andere hiertegen te beschermen.

Op een vergelijkbare manier is de opsomming van Wilber van de verschillende visies op ziekte ook een factor die in staat is om doelen en middelen van coping te veranderen. Wie ziekte vanuit de levensbeschouwing niet als iets ziet waarmee men zich moet uitzetten (gnostisch of boeddhistisch), aanvaardt ziekte als deel van het leven (een vorm van eerste taxatie). Wie ziekte ziet als iets waar men zelf op emotioneel vlak veel aan kan doen (psychologisch), zal geneigd zijn actief te zoeken naar mogelijke oplossingen (een vorm van tweede taxatie). Wie ziekte ziet als een straf van God, zal misschien middelen en doelen veranderen (‘herscheping’) en zich bekeren (een vorm van derde taxatie).

2.4.4 Samenvatting

Samenvattend: Levensbeschouwing, gezondheid en de visie op ziekte zijn van grote invloed op het ontstaan van zingevingsvragen, het omgaan ermee en de uitkomst ervan. Alle aspect-

ten van het leven kunnen bij opname onder druk komen te staan en zinverlies veroorzaken. Dit zijn processen die een objectieve aanleiding, een subjectieve beleving en een eigen visie op zaken omvatten, die elk elkaar beïnvloeden. Het werk van de geestelijk verzorger richt zich op de hele mens, vanuit het levensbeschouwelijke perspectief. Hier vindt namelijk de innerlijke dialoog rond de visie op zaken plaats: zingeving.

Een geestelijk verzorger kan in gesprek met de patiënt dus rekening houden met de verschillende aspecten die met coping en zingeving verbonden zijn:

ACLZ-1	De levensbeschouwelijke interpretatie van de situatie door de patiënt, de eigen rol daarin en de waardering ervan
ACLZ-2a	De levensbeschouwelijke thema's en ervaringen die op de achtergrond voor deze persoon een rol spelen
ACLZ-2b	De levensbeschouwelijke visie van deze persoon op ziekte en gezondheid
ACLZ-3a	De functie van diens levensbeschouwing voor de coping-activiteit
ACLZ-3b	De manier waarop de patiënt met (levensbeschouwelijke) middelen en doelen van coping omgaat en deze eventueel verandert

Figuur 8: 5 aspecten van counseling en levensbeschouwelijke coping rond ziekte

Samen vormen deze 5 aspecten een diagnostisch en handelingsmodel voor counseling en levensbeschouwelijke coping van de patiënt rond diens ziekte. Anders gezegd valt er onderscheid te maken tussen de inschatting van de situatie (aspect 1), het achterliggende referentiekader van de persoon (aspect 2a en 2b) en de context van de coping-activiteit (aspect 3a en 3b).

In het volgende hoofdstuk zullen we specifiek het antroposofische mensbeeld en visie op ziekte onder de loep nemen, om vervolgens te onderzoeken wat dit voor valkuilen en mogelijkheden biedt voor het coping- en zingevingsproces.

hfd. 3: DE VISIE VAN DE ANTROPOSOFIE OP ZIEKTE

In dit hoofdstuk beschrijf ik de visie van Rudolf Steiner en andere antroposofen op de mens, ziekte en de zieke mens. Eerst plaats ik in par. 3.1: Steiner kort in zijn context door zijn kenleer en methode te verduidelijken. Hier zullen de basisbegrippen van de antroposofie en de manier van kijken naar mens en wereld duidelijker worden. We zullen zien dat zijn opvattingen over de kenvermogens van de mens direct samenhangen met zijn visie op de spirituele en morele ontwikkeling van de mens. Daarna bespreek ik in par. 3.2: het antroposofisch mensbeeld vanuit het klassieke drieledig mensbeeld¹⁴, en het veel door Steiner gehanteerde vierledig mensbeeld. Dan vul ik dit aan met twee concrete beelden van de verhouding tussen mens en kosmos in 'de dierenriem-mens' en 'de planeten-mens.' Vervolgens komt het drieledig mensbeeld aan bod dat – samen met het vier-, zeven- en twaalfledig mensbeeld - bepalend is voor de antroposofische geneeskunde en haar visie op gezondheid en ziekte (par. 3.3:). Op basis van deze kennis bespreek ik in par. 3.4: hoe Steiner rond 1910 en 1924 vanuit het begrip karma naar ziekte kijkt en hoe anderen daarop gereageerd hebben in de literatuur rond 'biografiek.' (antroposofische counseling-methode). Tot slot volgt dan in par. 3.5: een bespreking van het antroposofische mensbeeld vanuit de theologische ethiek. Aan het einde van elke paragraaf volgt een overzicht met de belangrijkste kenmerken, die ook in par. 3.6: in één overzicht terug te vinden zijn.

par. 3.1: Rudolf Steiner en de methode van de antroposofie

Rudolf Steiner (1861 – 1925) is een Oostenrijkse filosoof, die de fenomenologie van J.W. von Goethe als empirische methode en het Duits idealisme van de 19^e eeuw aanvankelijk verbond met de theosofische aandacht voor de oosterse esoterie. Hij noemt zijn veelomvattende christelijk-esoterische visie op de mens en de wereld 'antroposofie,' 'wijsheid van en over de mens.' Steiner bouwt hierbij voort op West-Europese (christelijke) esoterici, die volgens de standaarddefinitie van Faivre (1994, pp. 3-10)¹⁵ denken in termen van:

1. *correspondenties*: Het universum is doordrongen van symbolische en werkelijke correspondenties tussen zichtbare en onzichtbare dingen: universele wederzijdse afhankelijkheid.
2. *levende natuur*: In al haar complexiteit wordt de natuur doordrongen door een licht en is zij wezenlijk in al haar delen levend.
3. *imaginatie en bemiddeling*: Door imaginatie en een vorm van bemiddeling als een ritueel, een symbolisch beeld of een bemiddelende persoon of geest wordt het onzichtbare zichtbaar.

¹⁴ De klassieke term hiervoor is 'trichotomie', dat drie-delig betekent, in de zin van bestaande uit drie relatief losse onderdelen. Ik kies voor 'drieledig mensbeeld' omdat dit duidelijker de onderlinge verbinding verwoordt.

¹⁵ Deze indeling van Faivre is overgenomen door W.J. Hanegraaff en geldt als basis voor de bestudering van West-Europese vormen van esoterie. De 4 criteria kunnen nog aangevuld worden met twee secundaire criteria aangaande de praktijk van concordantie (in de zin van perennialisme en prima theologia) en de wijze van kennisoverdracht door initiatie en geheimhouding. Deze laatste twee zijn voor het beschrijven van de antroposofie minder relevant. Zie voor een uitgebreidere beschrijving van deze 6 criteria van Faivre ook mijn Bachelor-scriptie.

4. *ervaring van transmutatie*: Het subject (de mens) of de natuur wordt door een spirituele activiteit wezenlijk anders: metamorfose. Hierdoor is er in het subject geen scheiding meer tussen kennis (gnosis) en innerlijke ervaring, tussen intellect en imaginatie, tussen subject en object.

Steiner werkt deze tradities uit en om tot een wereldbeeld op basis van een epistemologische methode. Hij ziet de mens als een geestelijk wezen dat in het aardse belichaamd is en het geestelijke kan ontdekken door fenomenologische en spirituele waarneming (zie bovenstaand criterium 'correspondenties' en 'levende natuur'). Aan het eind van zijn leven omschrijft Steiner antroposofie als „*een weg tot inzicht, die het geestelijke in de mens met het geestelijke in de kosmos wil verbinden.*” (1996, p. 16) Volgens Steiner vormt de empirisch waarneembare wereld niet de definitieve grens van het menselijk kennen: “*Bij deze grens van de zintuiglijke waarneming opent zich door toedoen van de menselijke ziel zelf het zicht op de geestelijke wereld.*” (ibidem) Materie en geest zijn voor Steiner nauw met elkaar verbonden, maar hebben hun eigen wetmatigheden:

“Want al kan hij [d.i. de mens] de grootsheid, de pracht en de wijsheid van de natuurlijke wereld in de meest uitgebreide zin ervaren, deze geeft hem op vragen omtrent zijn eigen wezen geen antwoord. (...)Geen enkel theoretisch argument kan het bestaan van deze vraag, die uit de voelende ziel van de mens oprijst, tot zwijgen brengen tenzij die ziel zichzelf in slaap wil sussen. Het bestaan van deze vraag moet in iedere mensenziel die werkelijk wakker is, het verlangen naar geestelijke wegen tot inzicht in de wereld onophoudelijk levend houden.” (1996, p. 17)

Steiner heeft van het begin van zijn werkzaamheid als esoterische leraar (1902) af aan niet zozeer een dogmatische leer maar eerder een spirituele methodiek willen neerzetten. Hij bewijst dit met de eerste zin van zijn basiswerk over geestelijke scholing: “*In ieder mens sluimeren vermogens die hem in staat stellen zich inzicht te verwerven in hogere werelden.*” (1991, p. 16)¹⁶ Steiner wil de lezer erop wijzen dat deze mogelijkheden heeft om tot geestelijke kennis te komen. Hij maakt daarbij wel duidelijk dat de resultaten op deze spirituele weg als genade geschonken worden en volgen op de eigen morele ontwikkeling in het dagelijks leven:

“Daarom moet ieder die de geheimen van de menselijke natuur uit eigen aanschouwing wil leren kennen, de *gouden regel* naleven van alle ware geesteswetenschap. En deze gouden regel is: als je *één* stap voorwaarts probeert te doen in je kennis van verborgen waarheden, doe dan tegelijk *drie* stappen voorwaarts in de opvoeding van je karakter tot het goede.” (De weg tot inzicht in de hogere werelden, 1991, p. 58)

“Ik moet weliswaar alles doen aan de ontwikkeling van mijn ziel en geest; maar *ik zal* in alle rust *wachten* tot ik door hogere machten waardig wordt bevonden voor een bepaalde verlichting.” (De weg tot inzicht in de hogere werelden, 1991, p. 77)

Voor Steiner is spirituele ontwikkeling dus verankerd in een morele ontwikkeling van het individu. De mens ontwikkelt zich moreel (en dus ook spiritueel) gezien door om te gaan met het dagelijks leven, andere mensen en de wereld om ons heen (zie het criterium 'ervaring van transmutatie'). Dit sluit aan bij wat tegenwoordig 'persoonlijk leiderschap' en 'ethisch bewustzijn' genoemd wordt. Het gaat daarbij niet om een egoïstische manier van meesterschap, maar om zelfontplooiing in verbinding met jezelf, de mensen om je heen en

¹⁶ "Wie erlangt man Erkenntnisse der höheren Welten" uit 1904-1905

de wereld. Doel van deze innerlijke weg is om in het bestaan het (bestaande en mogelijke) samenspel van geest en materie te doorzien en met elkaar vruchtbaar in verbinding te brengen:

“[Zij] vormen samen dat levende element dat de mensheid tot werkelijke vooruitgang kan brengen.” (Gedichten, spreuken, meditaties, 1991, pp. 98-99)

Op deze manier probeert Steiner te voorkomen dat antroposofie een legitimatie voor een spirituele visie of handeling van een enkeling vormt, zonder dat deze uit een morele ontwikkeling voortkomt. Voor Steiner is spirituele ontwikkeling per definitie ook morele ontwikkeling.¹⁷

Het belang van ethiek in de communicatie van esoterie is immens, zeker in pastorale communicatie waar het gezag van het ambt nog wel eens een rol speelt. Daarom is het belangrijk en behulpzaam om sommige inzichten van Steiner als ‘esoterisch inzicht’ te bestempelen. Een esoterische uitspraak heeft een eigen taal, omgang en verhouding. Het is een inzicht dat geen waarheidsaanspraak voor een ander doet, maar alleen voor zichzelf. Het is een resultaat van een eigen inzicht in de situatie en kan als zodanig niet een ander toegezegd worden. Dit is vergelijkbaar met zelf-uitspraken rond geloofsbeleving: zij raken aan een geestelijke kern. Belangrijk is dat een esoterische uitspraak expliciet als een vrije uitspraak gedaan wordt, zodat deze niet als niet-vrijlatend of dogmatisch overkomt.¹⁸

Steiner legt in 1924 zijn visie op de verhouding tussen esoterie en ethiek ook als fundament voor de Antroposofische Vereniging. Hij laat ‘de grondsteenspreuk’ namelijk eindigen met de woorden:

“Opdat goed moge worden, wat wij vanuit ons hart willen grondvesten, wat wij vanuit ons hoofd doelbewust richting willen geven.” (Gedichten, spreuken, meditaties, 1991, p. 144).

Hierin wordt ook duidelijk dat Steiner gemeenschapsvorming in vrijheid prefereert boven (zijn eigen) individuele esoterische autoriteit. Zodoende zijn richtinggevende waarden in de antroposofische werkgebieden oa. menselijke waardigheid, ontwikkeling, verbinding, liefde en vrijheid.

Het is daarom volgens mij ook voordehand liggend dat de epistemologische en morele term ‘intuïtie’ in de titel terugkomt van het boek: *“Imaginatie, inspiratie, intuïtie. Handboek antroposofische onderzoeksmethoden”* (Baars, Meij, Bie, Schoorel, & Bos, 2011). Met hun boek dragen de schrijvers bij aan een methodologische onderbouwing van bewuste beeldvorming en oordeelsvorming in de verschillende werkgebieden waarin antroposofisch gewerkt wordt, zoals onderwijs, landbouw, therapie en zorg. De auteurs werken uit hoe be-

¹⁷ In *“De filosofie van de vrijheid”*, zijn filosofisch basiswerk uit 1893, verwoordt Steiner (1998, pp. 134-135) daarbij al zijn ethisch individualisme, waarin hij (op basis van de genoemde persoonlijke ontwikkeling) zich richt op hoe de mens iemand/iets kan kennen en liefhebben. Denken en handelen kan de mens alleen in vrijheid als de kennende mens zichzelf daarin meeneemt, omdat hij het instrument van het kennen is. Dit mondt uit in een vertrouwen in de (morele) intuïtie voor het juiste handelen in een bepaalde situatie: *“Zij [d.i. de handeling] zal ‘goed’ zijn, als mijn in liefde gedoopte intuïtie op de juiste wijze in het intuïtief ervaarbare verband met de wereld staat, en ‘kwaad’ als dat niet het geval is.”* Na het kennen van de wereld en zichzelf en het weten hoe een vrije handeling tot stand kan komen, vormt (morele) intuïtie voor Steiner de sleutel tot een goede bijdrage vanuit het zelf aan de wereld.

¹⁸ Steiner beschrijft een methode om het eigen inzicht te objectiveren en op werkelijkheidswaarde te toetsen in zijn voordracht *“Die zweifache Umschmelzung eines geisteswissenschaftliches Urteil”* van 30 januari 1923 (GA 257, 2^e voordracht).

trokkenen iemand/iets kunnen waarnemen, hun indrukken delen en samen doorstoten tot het wezenlijke en niet blijven hangen aan het ogenschijnlijke. In deze gesprekscultuur worden de beelden en indrukken van wat er gaande is met elkaar gedeeld, om vervolgens tot een (tijdelijke) intersubjectieve analyse en een plan van aanpak te komen. Tussen de verschillende fases kan tijd zitten, om de gesprekspartners de tijd te geven bij de essentie betrokken te blijven en nieuwe beelden (imaginatie), inzichten (inspiratie) en handelingsvoorstellen (intuïties) op te doen. Weer blijkt hoe ‘geesteswetenschappelijk onderzoek’ in gemeenschap plaats vindt, om samen met anderen tot een zekere objectiviteit wat betreft de analyse te komen en ook de schijn van persoonlijke willekeur in de aanpak te voorkomen. In de bovengenoemde werkvelden vindt dit zijn beslag in leerling-, cliënt- en patiëntbesprekingen door collega’s (multidisciplinair overleg).

Bij het beschrijven van de antroposofische visie op ziekte is niet alleen de visie van Steiner belangrijk, maar dus ook de receptie van zijn werk bij andere schrijvers en hun verdere ontwikkeling van zijn ideeën en toepassingsvormen.

Samenvattend:

Kenmerk AM-1 ¹⁹ - spirituele mens	Steiner ziet de mens als een autonoom geestelijk wezen dat voor, tijdens en na zijn leven in ontwikkeling is en de mogelijkheid heeft om zich ethisch en spiritueel te ontwikkelen.
Kenmerk AM-2 – morele mens	De resultaten van de menselijke spirituele ontwikkeling volgt als genade op de eigen (actief ingezette) morele ontwikkeling in verbinding met wat het leven de mens te bieden heeft om meer vanuit vrijheid en liefde te leven.
Kenmerk AM-3 – sociale mens	Gemeenschapsvorming is essentieel om spirituele dwalingen te voorkomen en fenomenologische waarnemingen van een hogere werkelijkheid te controleren.

Figuur 9: kenmerken 1 tot en met 3 van het antroposofisch mensbeeld

par. 3.2: Het antroposofisch mensbeeld

Steiner pleit voor een gedifferentieerd beeld van de mens en beschrijft hoe verschillende aspecten van de mens zich zo tot elkaar verhouden dat de oorspronkelijke geestelijk-natuurlijke verhouding en werking invoelbaar wordt. Zo komt hij tot inzichten en handreikingen die bijvoorbeeld in de geneeskunde, psychologie en geestelijke verzorging bij kunnen dragen aan diepere inzichten in het wezen van de mens en menselijke processen, zoals ziekte. Steiner werkt meerdere indelingen uit.

3.2.1 Drieledig mensbeeld

Steiner grijpt terug op het klassieke drieledig mensbeeld van lichaam – ziel – geest en werkt dit opnieuw uit. Hiermee wil Steiner, zoals hierboven uiteengezet, ruimte geven aan de hogere kenvermogens van de mens, die hij geestelijk noemt. In zijn vroege boek “Theosofie” schrijft hij:

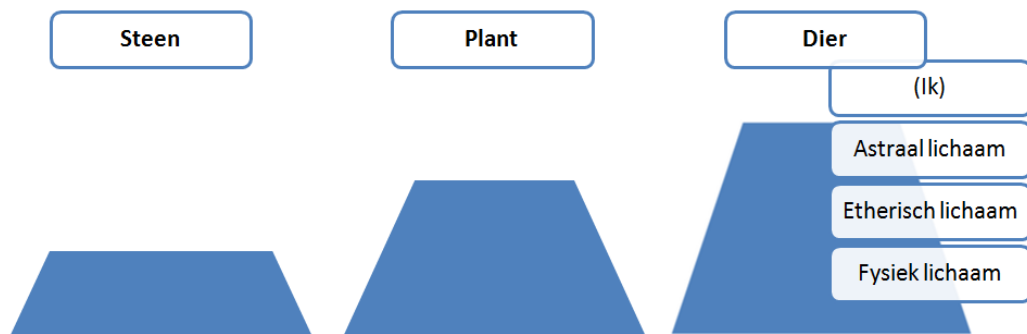
¹⁹ Code voor “eerste kenmerk van het antroposofisch mensbeeld”

“Door zijn lichaam is de mens in staat op een bepaald moment met de dingen in verbinding te treden. Door zijn ziel bewaart hij in zichzelf de indrukken die de dingen op hem maken, en door zijn geest openbaart zich aan hem datgene, wat de dingen in zichzelf bewaren. (...) Zo is de mens een burger van *drie werelden*. Door zijn *lichaam* behoort hij tot de wereld die hij ook met zijn lichaam waarneemt; door zijn *ziel* bouwt hij voor zichzelf zijn eigen wereld op; door zijn *geest* openbaart zich aan hem een wereld die boven de twee andere verheven is.” (Steiner, 1994, pp. 29-30)

Dit onderscheid van de drie lichamen als waarnemingsorganen voor verschillende domeinen (buitenwereld – binnenwereld – hogere wereld), werkt Steiner later uit in de twaalf zintuigen van de mens. Sommige zijn meer aan het lichamelijke, het zielsmatige of geestelijke gerelateerd. De zogenaamde onderste, meer aan het fysieke lichaam gerelateerde zintuigen vormen de tastzin, de levenszin, de zelfbewegingszin en de evenwichtszin; de zielezintuigen zijn de reuk, de smaak, de gezichtszin en de warmtezinn; de geestelijke, sociale zintuigen zijn het gehoor, de taalzin, de voorstellingszin en de ik-zin. (Soesman, 1987)

3.2.2 Het vierledig mensbeeld

Al vroeg verbindt Steiner het driedelig mensbeeld met ‘het vierledig mensbeeld’, dat bestaat uit fysiek lichaam, etherisch lichaam, astraal lichaam en het ik. Het vormt in zijn oeuvre een compacte en hanteerbare indeling, die in meerdere levensgebieden als waarnemings- en verklaringsmodel bruikbaar is.



Figuur 10: schematisch overzicht van de wezensdelen bij steen, plant en dier

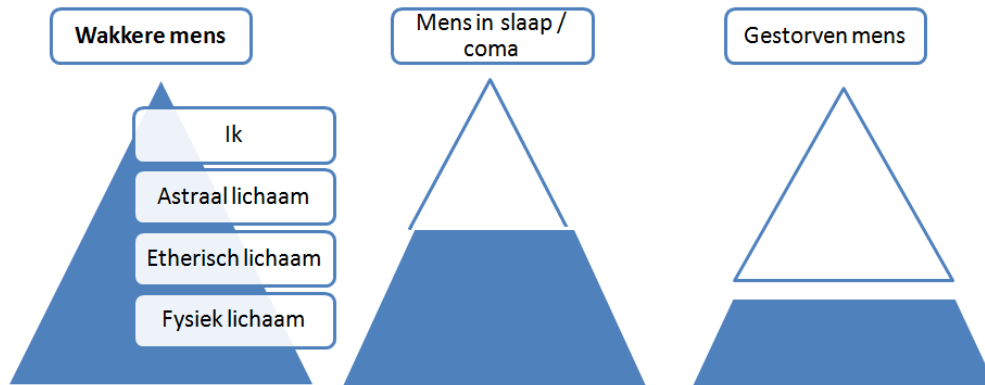
Het fysieke lichaam is het lichaam dat materieel is en dat, zoals in de vorige paragraaf geciteerd werd, na de dood onder invloed van de natuur uiteenvalt. Stenen (Zie Figuur 10) hebben alleen een fysiek lichaam en zijn dood, maar planten, dieren en mensen noemen we levend. Hoe komt dat dan?

Planten, dieren en mensen hebben een etherisch lichaam: het samenspel aan levenskrachten dat het fysieke lichaam levend maakt. Alles wat gezondheid, vitaliteit en ziekte betreft, hoort in ieder geval tot het domein van het etherisch lichaam, en mogelijk ook van het astraal lichaam en het ik, omdat die in het etherlichaam door kunnen werken.

Onder het astraal ('sterren') lichaam verstaat Steiner het samenspel van gewaarwording, verstand, gemoed en bewustzijn, dat onderhevig is aan lagere en hogere driften. In het astraal lichaam werken geestelijke krachten als kwaliteiten door. Volgens Steiner heb-

ben deze geestelijke krachten verwantschap met de dynamiek van de zeven klassieke planeten.²⁰

Onder het ik verstaat Steiner de unieke en identiteit verlenende kracht, dat zijn lichamen als de zijne beleeft en dat er meer of minder bewust richting aan geeft. De manier waarop het ik in de onderliggende lichamen ingrijpt noemt Steiner de 'ik-organisatie.'²¹

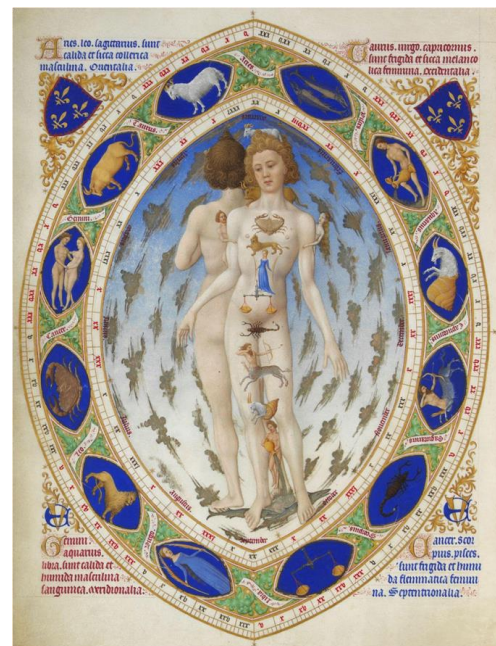


Figuur 11: schematisch overzicht van de wezensdelen van de mens in drie verschillende situaties

Als een plant, dier of mens sterft, trekt het levenskrachtenlichaam eruit weg. Bij het dier en de mens vertrekt ook het astraal lichaam en bij de mens daarnaast ook nog het ik. Bij de dood keert het ik niet in het lichaam terug: het 'vertrekt' naar hogere werelden om later in een nieuw lichaam terug te keren: reïncarnatie. Het 'ik' neemt in de slaap het astraallichaam mee om bij het wakker worden weer erin terug te keren. Bij mensen in coma is hun ik niet in staat zich van haar lichamen te bedienen. Ook is het astraallichaam niet (volledig) geïncarneerd. Vanuit de antroposofie is het daarom begrijpelijk dat men met de woorden 'kasplantje' en 'vegeteren' spreekt van een vergelijkbare situatie als van een plant. Zowel een comateuze mens als een plant bestaan op dat moment alleen uit een fysiek en een (geïncarneerd) etherisch lichaam.²²

3.2.3 De dierenriem-mens en de planeten-mens

De mens is volgens Steiner ook nog op andere manieren verbonden met de geestelijke wereld,



Figuur 12: De anatomische mens (gebr. Limburg, 15e eeuw, Musée Condé, Chantilly. Dullaart (2004), p. 66

²⁰ Zie ook Figuur 15 en Figuur 16 op p. 39v.

²¹ Een concrete toepassing van het vierledig mensbeeld als gesprekstechniek is 'het vierveldengesprek,' zie par 4.2.

²² Het 'ik' heeft ook nog drie hogere lichamen die het nog niet als eigen maar als hoger beleeft, maar die het in de toekomstige tijden zich steeds meer zal toe-eigenen als metamorfose van de onderliggende lichamen. Tot die tijd worden zij behoed door de eigen engel. Steiner noemt ze het geestzelf, de levensgeest en de geestmens.

de macrocosmos. De (geestelijke krachten van de) sterrenbeelden van de dierenriem (Zie Figuur 12) en de planeten vormen een bemiddelende rol tussen lichaam, ziel en geest. De populaire astrologie gaat ervan uit dat de mens door de geboortehoroscoop wat betreft karakter bepaald wordt. Later in het leven oefent de stand van de sterren op mensen een verschillende invloed uit, die even nauwkeurig als vaag te voorspellen valt (zie de katern horoscoop in de populaire kranten en tijdschriften).

Steiner (Dullaart, 2004) erkent de invloed van de dierenriem voor de geboorte en ontwikkeling van de mens vanuit de gedachte van de correspondentie tussen macrocosmos (het heelal) en de microcosmos (de mens).²³ De (geestelijke krachten van de) sterren beïnvloeden de hele mens, die de geestelijke wereld in de schoot van de moeder bereidt. De verschillende delen van het lichaam (en hun psychische en mentale functies) staan in nauw verband met de verschillende krachten van de dierenriem. En daarom zijn wij als mens gepredisponerd tot een bepaald karakter, volgens Steiner als instrument om onze voorgenomen taak in het leven te volbrengen. Zo sluit Steiner aan op de West-Europese christelijke esoterie van de Middeleeuwen, die Ram associeert met de kruin van de mens tot aan Vissen met de voeten.

Dierenriemtekens	Orgaan	Kwaliteit	Uitdaging	Zintuig
Ram	Kruin, voorhoofd	Denken, initiatiefkracht	Eerbied	Ik-zin
Stier	Nek, strottenhoofd	Spreken, doelgerichtheid	Innerlijke rust	Denkzin
Tweeling	Schouders	Wisselend, twijfelend	Volharding	Woordzin
Kreeft	Borst	Op materie en zekerheid gericht	Zelfloosheid	Gehoorszin
Leeuw	Zonnevlecht	Heerser, trots	Medelijden	Warmtezin
Maagd	Buik	Teruggetrokken, observerend	Hoffelijkheid	Gezichtszin
Weegschaal	Nieren	Afwegend, besluiteloos	Tevredenheid	Smaakzin
Schorpioen	Geslachtsorgaan	Overzicht, visie, prikkelend,	Geduld	Reukzin
Boogschutter	Dijbeen	Doelgericht, fanatiek	Gedachtencontrole	Evenwichtszin
Steenbok	Knieën	Uitdaging,	Moed om te verbinden	Bewegingszin
Waterman	Kuitbeen	Delen van wat bezighoudt	Discretie	Levenszin
Vissen	Voeten	Contact maken	Grootmoedigheid	Tastzin

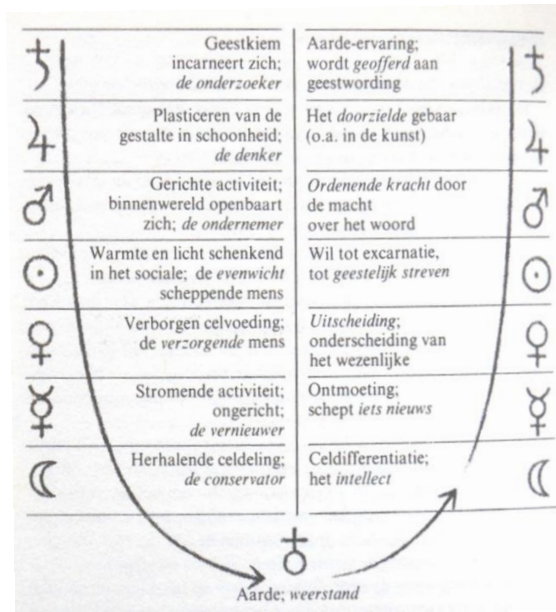
Figuur 13: dierenriemtekens en hun samenhang met oa. lichaamsdelen (Dullaart, 2004)

De antroposofisch arts Koob (2007, pp. 38-46) beschrijft zodoende daarom ook hoe hij soms een falende lichamelijke functie of chronische zwakte met de geboortehoroscoop in verband brengt. Omdat de verschillende dierenriemtekens archetypische karakters, krachten en werkingen vertegenwoordigen, herbergen zij zo een matrix om het 'ingebakken' talent te verwezenlijken, maar net zo goed om uit de aangeboren eenzijdigheid te raken.

²³ Zie 'correspondentie' als kenmerk van West-Europese esoterie volgens Faivre, op p. 24.

Zowel Dullaart als Koob benadrukken daarbij de vrijheid van de mens en de mogelijkheid tot ontwikkeling: de mens is niet alleen maar een product van het karma en de geboortehoroscoop.

Een vergelijkbare functie tussen de mens en de kosmos vormt de rol van de planeten. Steiner bedoelt hiermee de zeven, voor de mens zichtbare, (ptolemeïsche) hemellichamen:



Figuur 14: de planetenfasen in het leven voor de geboorte en na de dood (Lievegoed, 1983, p. 120)

maan, Mercurius, Venus, zon, Mars, Jupiter en Saturnus. Het klassieke verband tussen de planeten en de goden geeft aan dat hier niet zozeer sprake is van astrologie, alsmeer van geestelijke krachten die met het ritme van de planeten in relatie tot de aarde zichtbaar worden. Lievegoed (1983, pp. 101-124) en Veltman (1993) beschrijven in navolging van Steiner hoe de planeten als geestelijke kracht achter bepaalde processen meer het tijdsaspect van de menselijke levensloop voor en na de geboorte beïnvloeden (biografische functie), maar ook bepaalde aspecten van het karakter en de eigen kwaliteiten (psychische functie).

Zo staan de verschillende planeten voor de verschillende geestelijke sferen waarvoor de mens voor de geboorte afdaalt en na de dood opstijgt om vervolgens kwaliteiten voor bepaald soort handelingen resp. te ontvangen als af te werpen dan wel gelouterd te worden (zie Figuur 14). Maar ook zijn er in de menselijke levensloop periodes te onderscheiden waarin de werking die bij een bepaalde planeet hoort, dominant is. Omdat de mens voor dit leven vaak een bovenmatige verbondenheid met een bepaald planetaire werking heeft, kan het goed zijn dat die mens in een bepaalde levensfase 'beter uit de verf komt' dan in een andere. Praktisch gezien biedt deze visie dus een handzame ontwikkelingspsychologie wat betreft karakter en biografie.

Concreet betekent dit dat Steiner en anderen (Veltman, 1993, pp. 53-54) (Burkhard, 2004) spreken over de volgende levensfasen:

Planeet	Levensfase	Ontwikkeling
Maan	0-7 jaar:	Groei en nabootsing (fysiek lichaam)
Mercurius	7-14 jaar:	Beweeglijkheid en gezondheid (etherisch lichaam)
Venus	14-21 jaar:	Puberteit: Liefde, overgave aan idealen en passies (astraallichaam)
Zon	21-42 jaar:	Ontplooiing, zelfverwerkelijking, innerlijke dood en opstanding, evenwicht tussen binnen- en buitenwereld, ontwikkeling sociale vermogens in maatschappij
Mars	42-49 jaar:	Midlife-crisis: expansie, levenscrisis, terugtrekken, heroriëntatie
Jupiter	49-56 jaar:	Wijsheid en overzicht
Saturnus	56-63 jaar:	Afstand, herinnering aan oorspronkelijke bedoelingen

Figuur 15: De planeten en hun correspondentie met levensfasen

Naast dit 7-jaars-ritme, zijn er nog andere ritmes in de levensloop te herkennen, die in bijna alle gevallen met (geestelijke werkingen van) de zon, maan en planeten samenhangen.

De samenhang met het lichaam ligt ook hierin dat de belangrijkste organen met bepaalde planetenwerkingen samenhangen. In navolging van Lievegoed (1983) werkt bijvoorbeeld Koob (2007, pp. 47-96) dit uit. Op basis van een fenomenologie van de planeten en de corresponderende metalen geeft hij een andere kijk op het proces van de organen en 'de zeven levensprocessen'.

Planeet	Metaal	Orgaan	levensproces
Maan	zilver	voortplantingsorganen	Vernieuwende leven en jeugd
Mercurius	kwikzilver	Longen	Beweging en ontbinding
Venus	koper	Nieren	Ontvangen, voeden, uitademen, bezielen, verwarmen
Zon	goud	hart/bloedsomloop	Verbinding met het geheel
Mars	ijzer	Gal	Kracht, activiteit, bewustzijn, inademing
Jupiter	tin	Lever	Vormend en behoudend leven
Saturnus	lood	milt/botten	Vroegste begin van het leven, noodzakelijke veranderingsprocessen

Figuur 16: De planeten en hun correspondentie in organen en levensprocessen.

Deze verbinding tussen biografische, psychische en vitale planetenprocessen ('correspondenties') geeft een ander en aanvullend zicht op de samenhang aan tussen lichaam en ziel, tussen somatische en psychische processen. Het model geeft de mogelijkheid om de samenhang te vermoeden tussen een bepaalde, aan een orgaan gerelateerde, ziekte en bepaalde psychische en mentale problemen die met een planetenkwaliiteit en een bepaalde levensfase verbonden zijn.

3.2.4 De mens en zijn organen

Wederom maken Steiner en de bovenstaande auteurs met het bovenstaande duidelijk dat zij op oa. deze manier toegang hebben tot de esoterische bronnen van de volkswijsheid. De gezegden en beeldspraken die met organen samenhangen, zoals 'iets op de lever hebben', 'zijn gal spuwen', 'het hart luchten', kunnen zo ook onderbouwd worden en werkelijkheidswaarde krijgen. Zij vormen een reëel instrument om verbinding tussen lichaam en ziel te bewerkstelligen. Steiner en anderen leggen namelijk ook de werking van de verschillende organen uit en wat hun invloed op psychische en mentale processen kan omvatten. Reinhard (Reinhard, 2006, pp. 10-17, 21-25, 27-31) karakteriseert de werking van de belangrijkste vier organen longen, lever, nieren en hart hebben als volgt:

- De longen als 'poort van de ziel.' Door de inademing ademt de mens goddelijke levenskracht in en wordt het bloed vernieuwd. Door de uitademing en het gesproken woord brengt de mens iets van zich in de wereld in.
- De lever als 'de grote alchemist.' De lever is de vormgever van menselijke substantie door het omzetten van voedingstoffen in eiwitten.
- De nieren als 'bezielers van de substantie.' Door de zuiverende functie van de nieren wordt alle lichaamseigen vloeistof (in het bloed) doordrongen met wat in de ziel, in 'hart en nieren' leeft.

- Het hart als ‘omvormer tot warmte en medegevoel.’ Het hart neemt het bloed waar en laat het tot gevoel worden. Ook brengt het het bloed kort tot stilstand, waardoor het geestelijke proces van het geweten verschijnt.

Daarop voortbordurend vat van Dam (2012, pp. 20-21)²⁴ de vier soorten herinneringen die longen, lever, nieren en hart hebben. Hij legt een verband tussen:

- de longen en de abstracte kennis die je nodig hebt om wetenschappelijk te kunnen denken,
- de lever en de gevoelslading, het belevingsaspect aan een herinnering, die groter kan worden als je er meer aan denkt,
- de nieren en de gewoontes die we (deels) onbewust volbrengen,
- het hart en het geweten, de liefdevolle warmte voor de mensen en idealen waar je je mee verbonden hebt, het vermogen tot vergeving.

Doordat deze organen ook sterk een psychische functie hebben, is het voor bijvoorbeeld Chavannes (Chavannes, 2012) dan ook echt een vraag wat de precieze gevolgen van orgaantransplantatie zijn. Hij pleit hierbij voor een bredere visie op de functie van de organen dan alleen hun vitale functie. Met de bovenstaande diagnostiek van de ‘orgaantypologie’ is het in ieder geval wel mogelijk om bij een patiënt het overheersen of verwaarlozen van een bepaald orgaan terug te horen.

3.2.5 Het drieledig mensbeeld

Het drieledig mensbeeld van Steiner gaat uit van de overeenkomst tussen de lichamelijke aspecten hoofd – hart – buik / handen en de menselijke (zielsmatige) functies denken – voelen – willen. Steiner spreekt over de polariteit tussen de eerste (bovenpool) en de laatste (onderpool), met de ritmisch werkende organen - zoals het hart - als verbindend midden. Aan deze indeling zijn vervolgens naar binnen en naar buiten gerichte organen in verband te brengen, maar ook soorten constitutie en temperamenten. Zo ontstaat een model waarmee verbanden tussen somatische en psychische/mentale aspecten van ziekte en gezondheid ontdekt kunnen worden. Als hieraan vervolgens ook nog het vierledig mensbeeld toegevoegd wordt, ontstaat een zeer gedifferentieerd mensbeeld (Zie Figuur 17).

Het hoofd omvat de waarnemingszintuigen (buitenkant: het gelaat) en het centraal zenuwstelsel (binnenkant: de hersenen). Het hoofd is helemaal door de schedel afgesloten en de cellen in de hersenen re-generen nauwelijks. Zodoende zijn de hersenen en de zintuigen de meest a-vitale organen van de mens, maar ook de plek waar de ik-organisatie (‘de onzichtbare mens’ als geestelijke impuls) vanuit boven via de zenuwbanen van het ruggenmerg naar beneden werkt als ‘afbraakproces’. De belangrijkste functie van het hoofd is waarneming en denken als spiegelende voorstelling van de geest. Het orgaan dat de overgang tussen beide aspecten verzorgt is het strottenhoofd met de spraak: met onze woorden verbinden we de waarneming van de buitenwereld met de gedachten in de binnenwereld. Met onze woorden geven wij uiting hoe wij naar onszelf, anderen en de wereld om ons heen ‘kijken.’

De ledematen en de buik (autonome zenuwstelsel) vormen samen de onderpool en vertegenwoordigen het handelen en de daarvoor benodigde stofwisseling. De ledematen

²⁴ Oa. aan de hand van (Steiner, 2003, pp. 56-74). Zie ook (Koob, 2007, pp. 97-118),

handelen bewust naar buiten toe, de buik werkt onbewust naar binnen toe in de spijsvertering en de stofwisseling. Het orgaan dat het midden tussen hen vormt, is het geslachtsorgaan. Het is per geslacht anders en daarmee een beeld van het gebied waarop het handelen en het innerlijke leven gericht is: meer naar buiten of meer naar binnen. De ledematen hebben zo hun eigen wijsheid en vormen een uiting van de geest. In onze daden, onze manier van lopen, hoe wij bewegen laten wij zien wie en hoe wij zijn. De stofwisseling werkt vanuit de buik via het bloed naar boven toe om alle organen van voedingsstoffen te voorzien, de darmen vormen ook het orgaan van ons welbevinden.

	Fysiek lichaam	Etherisch lichaam (levens- / vormkrachtenlichaam)	Astrale lichaam / ziel	Ik/organisatie / ik
Bovenpool	Centraal Zenuwstelsel, hoofd, bot buiten, orgaan binnen, centrum binnen, dient rust, geeft bescherming	Afbraak, vorm/grens, waken, bewustzijn, a-vitaal, centripetaal	Denken, 'antipathie', rust, plicht, twijfel, beheersing, waarneming, voor/tegen, info naar binnen, spanning, tonus	Zelfbewustzijn, idee, wijsheid, bezinning, reflectie, filosofie, ordening, overzicht
Middengebied	Ritmische systeem, ribben, wervels	Ritme, ademhaling, hartslag, dromen	Voelen, voldoening, afwegen	Afwegen, ik-gevoel, goed/kwaad, vrijheid, moraliteit
Onderpool	Spijsverterings en Ledematen Systeem, botten binnen, organen buiten, geeft steun, dient beweging, centrum perifeer	Opbouw, groei, regeneratie, vitaliteit, slapen, centrifugaal	Willen, doen, 'sympathie', begeerten, actie naar buiten, impulsiviteit, ontspanning, plezier	Idealen, motivatie, creativiteit, handelen, inspiratie, enthousiasme, verantwoordelijkheid

Figuur 17: Samenvattend schema van de vier wezensdelen in de driedelige mens (Witsenburg, 2011, p. 23)

De middenpool wordt gevormd door het hart en de longen. Het ritme staat bij hen centraal in de hartslag en de ademhaling en in het fysieke beeld van de ribben, de wervelkolom en de segmenten van het ruggenmerg. Zij remmen resp. het groeiproces van de onderpool als het doodsproces van de bovenpool, zodat deze in een gezond evenwicht functioneren. Ook de psychische functie van het voelen wordt zichtbaar in de beschermende omhulling van de ribbenkast en de mogelijkheid om de zuigeling of een ander aan de borst of het hart te drukken. Het voelen verbindt denken en willen, zodat zij in samenhang kunnen werken en de menselijke ziel niet uit elkaar valt (dissociatie).²⁵

²⁵ (Steiner, 2003, pp. 75-96) en (Mees, 1981, pp. 88-102)

Steiner probeert zo - door de waarneming van het menselijk lichaam en de processen die zich hierin afspelen - zichtbaar te maken hoe het uiterlijke beeld van het lichaam en het innerlijke beeld van de mens met elkaar samenhangen in de verhouding van vorm en wezen. Hiermee wordt ook de diepe wijsheid van de goddelijke krachten die het menselijk lichaam geschapen hebben voor hem zichtbaar. Voor Steiner is met de (ietwat ongenuanceerde) uitdrukking van hoofd – hart – handen ook letterlijk (maar dan wel in omgekeerde volgorde!²⁶) de triniteit verbonden: Vadergod – Zoongod – Heilige Geest. Hij werkt deze meervoudige driegeleding wederom uit in 'de grondsteenspreuk' (Steiner, Gedichten, spreuken, meditaties, 1991, pp. 142-144)

Eén van de vele andere meditaties, die de mens in zijn driegeleding laat zien, is 'Ecce homo' (Steiner, Gedichten, spreuken, meditaties, 1991, p. 103). Deze kan niet alleen gemediteerd worden om het algemene beeld van de mens te onderzoeken, maar ook om op het eigen of andermans denken – voelen – willen te mediteren. Zodoende is het een geschikt meditatief instrument voor zelfreflectie of het meditatief bewegen wat er in de ander leeft.

"In het hart weeft het voelen,
in het hoofd straalt het denken,
in de leden werkt het willen.
Wevend in 't stralen,
werkend in 't weven,
stralend in 't werken:
dat is de mens."

²⁶ In dezelfde volgorde komt ook voor, maar dan niet vanuit een procesmatige benadering maar vanuit het beeld. Het hoofd reflecteert dan met haar bewustzijn weliswaar de geest/Geest, maar de ledematen zijn verwezenlijken met hun handelen de geest/Geest. Het laat zien dat Steiner zijn eigen manieren van denken regelmatig omdraaide en daarmee een vorm van dynamisch denken van zijn publiek eiste.

3.2.6 Samenvatting

Het antroposofisch mensbeeld geeft inzicht in en denkt vanuit:

Kenmerk AM-4 – kosmische mens	De samenhang tussen de mens en de kosmos in tijd (biografische ontwikkeling) en ruimte (lichaam en wereld).
Kenmerk AM-5 – integrale mens	De integrale ontwikkeling van de verschillende lichamelijke, psychische en mentale aspecten van de mens

Figuur 18: kenmerken 4 en 5 van het antroposofisch mensbeeld

par. 3.3: Gezondheid en ziekte

In deze paragraaf onderzoeken we de antroposofische visie op gezondheid, ziekte en de achterliggende algemeen-menselijke en persoonlijke aspecten. Eerst bespreek ik een gangbaar alternatieve definitie van gezondheid en daarmee ook van ziekte.

3.3.1 Andere definities van gezondheid

Kienle ea. (2013, p. 21) stelt dat er vanuit het antroposofisch mensbeeld gevolgen zijn voor de visie op ziekte: *“Het model van de drievoudige menselijke constitutie leidt tot zekere herinterpretaties van de conventionele leer van de fysiologie.”* Uitbreider beschrijft zij:

„Leidende principes van de antroposofische gezondheidszorg zijn het herkennen van de autonomie en waardigheid van de patiënt en het helpen van mensen om zichzelf te helpen. De zelfverantwoordelijkheid wordt aangesproken en de therapeutische doelen zijn het stimuleren van verschillende vormen van zelf-genezing - om *hygiogenese* te stimuleren, dat inhoudt om een samenhangend zelfstandige regulering van het organisme te doen ontstaan; en *salutogenese*, dat inhoudt om een samenhangend psycho-emotioneel en spiritueel zelfregulering te doen ontstaan. De behandelingen zijn niet zozeer bedoeld om de eerdere gezonde toestand te herstellen, een ‘restitutio ad integrum,’ maar om *een nieuw niveau van innerlijke kracht van het organisme en het individu* op te wekken. Antroposofische geneeskunst streeft dus een holistische benadering na. Liever dan te focussen op een enkel pathologisch gegeven, is het doel om de hele constitutie van de zieke patiënt te versterken, waarbij met alle dimensies rekening gehouden wordt: fysiek, emotioneel, mentaal, spiritueel en sociaal.” (2013, p. 21)

In een artikel van Huber ea. (2011, p. 2) pleit zij voor een aanpassing van de definitie van gezondheid. Zij stelt voor om gezondheid niet meer als stabiel ‘algeheel welzijn’ te zien als *“het vermogen om aan te passen en zelf te beheersen”* binnen de fysieke, sociale en mentale domeinen. Het mag duidelijk zijn dat dit voorstel een antroposofische dan wel integratieve achtergrond heeft, vanwege het accent op salutogenese als zelfregulering en de aandacht voor de gehele mens, zoals ook Kienle ea. hierboven voorstelt. Hierdoor kunnen ook de mentale definities van gezondheid ‘geestelijke gezondheid’ van bijv. Paloutzian of Fortmann meegenomen worden, naast meer gangbare biomedische definities. (Baars, 2005, pp. 35-37) Het aspect in de definitie rond ‘aanpassing’ hoeft daarom ook niet alleen maar klassiek sociologisch of psychologisch ingevuld te worden als adaptatie, maar zelfs ook lichamelijk en geestelijk. Baars (2005, p. 48) presenteert een uitgewerkte variant op de definitie van Huber, met hetzelfde onderscheid tussen lichamelijke en psycho-emotionele zelfregulering als Kienle geeft:

“Gezondheid is de dynamische eindtoestand van een autonome, zelfregulerende (zonder expliciete druk of betrokkenheid van buiten het systeem) structuur in de tijd en soms ook in de ruimte. Binnen deze structuur worden waarnemingen, beoordelingen, beslissingen en handelingen zodanig geordend dat een specifieke functie kan worden uitgevoerd. (...) De *lichamelijk* georiënteerde zelfregulerende activiteit is voortdurend gericht op *het herstellen van de balans* tussen het organisme en diens omgeving, de balans tussen deelsystemen in het organisme zelf, en daarmee de vorm en functie van het gehele organisme. De *psychosociaal* georiënteerde zelfregulerende activiteit is voortdurend gericht op het, op basis van de ontwikkelde zelfregulerende vaardigheden, in wisselende omstandigheden in staat zijn *betekenisvol richting geven aan het eigen leven.*”

Witsenburg (2011, pp. 21, 24, 27) formuleert gezondheid meer binnen het driedelig mensbeeld en benadrukt *balans* binnen de gehele mens als kern van gezondheid, als hij stelt dat gezondheid het vermogen is:

“om gedurende het leven een steeds veranderende, gelijkwaardige afwisseling te bewerkstelligen tussen polariteiten, op zowel lichamelijk, psychisch en geestelijk gebied. (...) dat de polariteiten ten opzichte van elkaar gelijkwaardig zijn, even sterk zijn, en elkaar in een dynamisch, beweeglijk evenwicht, letterlijk en figuurlijk in het midden ontmoeten. Deze ontmoeting is fysiek tegelijk aanwezig, als levensprocessen in de tijd na elkaar en psychologisch en op ik-niveau zijn ze kwalitatief aan elkaar tegengesteld. (...) Wanneer de juiste afwisseling ontbreekt, als een van de polen [langdurig] overheerst, of als een van de polen [langdurig] verzwakt is dan treedt een onharmonische eenzijdigheid of verstoring op en dat betekent ziekte.”

De begrippen “herstel van evenwicht, balans, ontmoeten, aanpassen en compenseren tussen polariteiten” zijn bij de bovenstaande auteurs cruciale procesmatige begrippen, die niet alleen een fysieke, maar ook een psychologische en mentale component hebben. Door de bovenstaande auteurs worden deze multidimensionale termen (zie p. 19) gebruikt om (het ontstaan van) ziekte en gezondheid te begrijpen binnen een holistisch mensbeeld. Het is daarbij belangrijk onderscheid te maken tussen de oorzaak van ziekte en een symptoom of andere lichaamseigen zelfregulerende tegenreactie. Allebei kunnen ondermatig of overmatig zijn:

Overheersende bovenpool

Verschijnselen: vormkrachten, afbraak (verhoogde spanning, vernauwing, verhardingen, verstarringen, pijn)

Richting: van buiten naar binnen, centripetaal, van boven naar beneden.

Overheersende onderpool

Verschijnselen: Opbouw (groei, herstel, uitscheidingen, vervloeiingen, koorts, ettervorming)

Richting: van binnen naar buiten, centrifugaal, van boven naar beneden.

Figuur 19: ziekten vanuit overheersen van een pool (Witsenburg 2013, p. 27-28)

Witsenburg maakt zo duidelijk dat ziekte door allerlei vormen van een verstoring van het evenwicht op het niveau van orgaan, wezensdeel of pool. Van de Weg (2013, p. 23) onderstreept dit, maar voegt hieraan toe dat “*uiteindelijk alle ziekten pogingen van het lichaam zijn om op de lange termijn harmonie te scheppen.*” Belangrijk daaraan is dat het volgens hem dus de mens zelf is die door zelfregulering in staat is om zichzelf te genezen. Antonovsky heeft dit vermogen ‘salutogenese’ gedoopt. Glöckler (2003, pp. 11-12) beschrijft hoe voor het fysieke lichaam ‘heterostase’ belangrijk is, zijnde: “*de vaardigheid van de mens om*

*zich met het vreemde, met conflicten uiteen te zetten en in deze wisselwerking sterker te worden.*²⁷ Dit 'sterker worden' omschrijft Glöckler ook als vraag:

"Hoe leer ik me met alle levenssituaties uiteen te zetten en innerlijk en uiterlijk flexibel te zijn? Hoe leer ik om te gaan met frustratie en stress, hoe ontwikkel ik een sterk karakter?" (Glöckler, 2003, p. 12)

Ziekte, en bijv. koorts, is dus op zichzelf niet ongezond, maar een gezonde en verklaarbare reactie: het is een reactie van de ik-organisatie door bepaalde lichamelijke processen plat te leggen om het lichaam naar genezing te brengen. Van de Weg legt het verschil tussen acute en chronische ziektes als volgt uit:

- Acute koortsende ziekten zijn *"een poging van het lichaam om een bestaande disharmonie weg te werken, als een verbouwing. (...) Koortsende ziektes moet je vooral met rust laten. (...) Geef het vertrouwen opdat het [d.i. de ziekte] zijn werk kan doen."*
- Chronische ziekten hebben een geleidelijk verloop en weinig neiging tot spontaan herstel, zoals tumoren, auto-immuunziekten en schildklieraandoeningen. In deze ziekten lijkt het erop dat disharmonische informatie uit het verleden zichtbaar wordt. Dat vraagt om een leidende en brede aanpak met aandacht voor de levensloop van de patiënt.

Hiermee wordt duidelijk dat de bovenstaande auteurs gezondheid niet zien als een (na te streven) toestand, maar als een activiteit van zelfregulering op somatisch en psychisch vlak. Gezondheid is duidelijk een multidimensionale activiteit: fysieke, psychische en mentale genezing worden in samenhang gezien en zo mogelijk door woorden aangeduid die multidimensionaal te begrijpen zijn.

3.3.2 Psychosomatiek

De antroposofische pedagoog Boogerd (2010) noemt de door Van der Weg genoemde verschillende soorten ziekte ook, maar vult daarbij fluctuerende ziektes aan, en geeft meteen handvatten (coping-taken) om mentaal met de vorm van ziekte om te gaan. Daarmee laat hij duidelijk zien dat de beschreven opvatting van gezondheid een holistisch karakter heeft. Hij onderscheidt:

- Ziektes of ongevallen die een onherstelbare beperking teweeg hebben gebracht: Boogerd geeft aan dat het belangrijk is om het (beschadigde) uiterlijk te gaan accepteren: *"Oproep is vooral om het objectief onderkennen en accepteren van de gegeven situatie en op die basis het beste ervan maken. (...) om je als geest en ziel te emanciperen van juist die bepaalde beperking als deel van je lichaam."*
- Chronische ziekten, waarbij het volgens hem belangrijk is om mee te bewegen met ziekte, er vragen aan te stellen en door een innerlijke omvorming beter te worden: *"Je moet je innerlijk omkeren: ineens kun je allerlei dingen niet meer, je voelt je beroerd, je moet meebewegen met een proces dat een eigen dynamiek heeft. (...) het gaat er juist vaak om, om te begrijpen wat de ziekte van je wil. De opgave is om dat vreemde proces te ondersteunen door rust, medicijnen, voeding, eventueel een therapie. Terugblikkend kun je dan zeggen, dat de ziekte iets goeds met je gedaan heeft. Hoe kan dat? Welke wijsheid leeft er dan in ziekte? En hoe hangt die dan met mij samen, wanneer die in eerste instantie mijn persoonlijk begrip te boven gaat. Deze vragen openen de kans om een ziekte te leren begrijpen als iets zinvols, dat bovendien met mij te maken heeft."*
- Bij mildere, fluctuerende ziekten is ook bewustwording belangrijk om een innerlijke verandering teweeg te brengen en zo meer verantwoordelijk voor de wereld om je heen te wor-

²⁷ Als innerlijke houding beschrijft Glöckler verder nog het verzorgen van een gevoel van coherentie (op natuurlijk, sociaal en spiritueel vlak) en vertrouwen in de zin en loop der dingen (de geestelijke machten). (p. 12-17)

den: *“Beperkingen die te begrijpen zijn als een directe terugwerking op de eigen psychische toestand of gedrag. (...) Het lijkt alsof de zingeving hier niet extra gezocht hoeft te worden: de verschijnselen hebben symptoomkarakter. Je verliest een evenwicht, en moet iets in jezelf veranderen. Dat is een heel subjectieve waarneming. Hier gaat het er juist om je meer in te spannen om een innerlijke verandering en nieuw evenwicht te zoeken.”*

Boogerd ziet dus duidelijk verbanden tussen lichamelijke processen en hoe die op de psyche doorwerken, maar ook wat de lichamelijke processen voor een spirituele activiteit vragen in de vorm van *acceptatie, meebewegen en bewustwording*. Dit zijn vaardigheden en taken die we – maar dan anders geformuleerd - al kennen van de coping theorie van Moos (zie p. 20vv) Witsenburg (2011, pp. 85-95) doet iets vergelijkbaars als hij bijvoorbeeld immuunziekten bespreekt. Hij rangschikt ze in hun gradaties van de lichamelijke functies van zelfregulering, maar wederom als een multidimensionale activiteit (zie p. 42): *“openstaan, vervreemden, herkennen, reageren.”*

	Een niet-lichamelijk eigen element dringt het lichaam binnen	Een lichamelijk eigen cel verliest zijn eigenheid
Het wordt niet herkend en dus niet afgeweerd	AIDS	kanker
Het wordt wel herkend maar overactief afgeweerd / afgestoten	allergie	auto-immuunziekte, zoals bijv. diabetes-1

Figuur 20: Immuunziekten volgens Witsenburg (2011, p. 89)

De vraag komt op of de lichamelijke functies ook psychische, sociale of biografische evenbeelden en thema's hebben, zoals *“(teveel) ontvankelijkheid, zelfvervreemding en zelfherkenning en een gezonde mate van afweer.”* Als we uitgaan van het antroposofisch mensbeeld waarbij deze psychosociale aspecten van de mens ook in het lichaam zichtbaar worden, is het gerechtvaardigd deze thema's in counseling ter sprake te brengen. De plaatsbepaling van waar dit proces in het lichaam plaats vindt, zou dan ook kunnen corresponderen met de betreffende psychische functie. In de verschillende vormen van therapie die Witsenburg beschrijft, noemt hij dit ook.

Jan Saal (2010, pp. 5-9) is op dit punt van de psychosomatiek van ziekte het meest expliciet. Overeenkomstig het vierledig mensbeeld beschrijft hij ziekte als bestaande uit vier aspecten:

De ziekteverschijnselen:	Het afwijkende gedrag dat ons lichaam vertoont als we ziek zijn.
Het ziekteproces:	Het verloop en de heftigheid van de ziekte, orgaan gerelateerde processen, levensprocessen.
De innerlijke voorwaarden voor een ziekte:	De mechanismen en verhoudingen die de ziekteprocessen aansturen. Zij zijn als onbewuste beelden gedurende ons leven in ons verankerd geraakt: sommige organen (orgaanprocessen) hebben zich sterk ontwikkeld, anderen zijn zwakker.
Het biografisch moment:	Het moment in ons leven waarop de ziekte zich voordoet. Onze levens zijn verschillend: iedereen doet in het leven verschillende ervaringen en ontmoetingen op en vormt deze om tot persoonlijk gekleurde vaardigheden en herinneringen.

Figuur 21: 4 aspecten van ziekte volgens Saal (2010)

3.3.3 Samenvatting

In de antroposofische opvattingen rond gezondheid en ziekte wordt dus duidelijk dat lichamelijke processen samenhangen met sociale en psychische processen en dat zij naar elkaar verwijzen en elkaar beïnvloeden. Lichamelijke processen, zoals rond ziekte, kunnen dus vragen oproepen naar hun psychosociale pendanten. Het beeld van de individuele patiënt en diens ziektebeeld leveren mogelijke verbanden, vragen en thema's op die besproken kunnen worden. Bespreking en werken aan deze innerlijke processen draagt misschien bij aan een ontwikkeling van de gezondheid, niet zozeer in de zin van genezing als herstel van de gezondheid, maar in de zin van aanpassing, zelfregulering, bewustwording en 'beter' worden. Het versterken van de bronnen en zelfregulerende vermogens van de patiënt op basis van wat er in de mens en diens levensverhaal voor handen is, staat daarbij centraal: *salutogenese*. Deze twee visies worden impliciet aangevuld met begrippen, die multidimensioneel en psychosomatisch bedoeld zijn, zoals "*evenwicht houden, ontmoeten, meebewegen, openstaan, vervreemden, herkennen, reageren.*"

Het begrip 'karma' werkt dit in de volgende paragraaf verder uit. Eerst een overzicht van de belangrijkste kenmerken in deze paragraaf:

Kenmerk AMZ-1 – gedifferentieerde pathologie	Ziekte kan in meerdere aspecten van de mens samenhangend ontstaan en plaats vinden.
Kenmerk AMZ-2 – salutogenese	De mens herbergt op alle vlakken krachtbronnen om zelf te reguleren en te genezen
Kenmerk AMZ-3 – multidimensionale omschrijving	Processen en activiteiten rond ziekte en coping worden door multidimensionele begrippen of beelden beschreven en begrepen.

Figuur 22: kenmerken van het antroposofisch mensbeeld betreffende ziekte.

par. 3.4: Ziekte, lot en karma

Een goede samenvatting van de menskundige uitgangspunten van de antroposofie geeft de antroposofische psychotherapeut Manfred van Doorn (1990, pp. 11-12)²⁸, die hij als basis presenteert voor een spirituele psychologie. Ook hierin komen de eerder in genoemde waarden, het belang van persoonlijke ontwikkeling ('innerlijke ontwikkeling') en gemeenschapsvorming terug, aangevuld met de gedachte van karma (en reïncarnatie).

"De manier waarop zowel ons lichaam is gebouwd als de structuur van het sociale weefsel waarin we zijn opgenomen, valt onder de werkingen van het karma. Het kennen van de eigen lichamelijke, psychische en geestelijke constellatie brengt ons dichter bij het kennen van ons karma."

Met 'oud karma' wordt datgene bedoeld dat van voor onze conceptie als invloed en gevolg in ons doorwerkt, vanuit een vorig leven of het leven na de dood. Tijdens dit leven kunnen we ook 'karma' ontwikkelen voor later in dit leven of volgende levens. Soms wordt met 'nieuw karma' ook de geestelijke invloed vanuit de toekomst op het heden bedoeld. (Saal, 2010, pp. 23-26)²⁹ Voor Steiner omvat 'karma' dus elke invloed die voor onze ontwikkeling gevolgen heeft, los van enig concept van schuld of boete.

²⁸ zie ook Bijlage A – Vooronderstellingen op p. 43, punt 11.

²⁹ De standaard definitie van karma (Sanskriet voor 'handeling') is 'wet van gevolgen.' Deze definitie dekt niet helemaal de lading die Steiner eraan geeft. Misschien had hij beter een ander woord kun-

Steiner (Wormer, Chavannes, & Koopmans, 2002, pp. 47-56) maakt onderscheid tussen drie verschillende soorten karma, overeenkomstig het driedelig en vierledig mensbeeld:

- biologisch karma (natuurkarma): de ontwikkeling die onze lichamelijke gesteldheid doormaakt en o.a. te maken heeft met aanleg, levensgevoel, leefwijze, welbevinden, groeidynamiek, vitaliteit, ziekte en gezondheid.
- psychosociaal karma (affiniteitenkarma): de ontwikkeling van onze zielegesteldheid die te maken heeft met sympathie en antipathie ten opzichte van o.a. mensen, plaatsen, dingen en activiteiten.
- biografisch karma (gebeurtenissenkarma): de ontwikkeling van onze identiteit door toevallige gebeurtenissen, bewuste daden en besluiten, life-events en hoe we met deze gebeurtenissen omgaan.

3.4.1 Karma en ziekte

De basis van het verband tussen karma en ziekte wordt door Steiner vooral in 1910 gelegd in "Werkingen van het karma" (2004, pp. 62-99).³⁰ Hij beschrijft hierin hoe het vorige leven, de huidige gezondheidstoestand en het volgende leven met elkaar kunnen samenhangen. Het is niet zo dat Steiner er een hindoeïstische visie op karma op nahoudt dat het vorige leven invloed uitoefent op het huidige leven, in die zin dat negatieve daden een negatief uitgangspunt en positieve daden een positief uitgangspunt opleveren. Hij beschrijft het eerder zo dat de mens na het leven in een geestelijke wereld terugblijkt vanuit het wijzere en transcendent 'hogere ik'. Op basis van de dan ervaren onvolkomenheden en op weg naar vervolmaking creëert hij – als 'hogere ik' - voor zichzelf situaties en uitgangspunten waardoor hij zich in het aanstaande leven als mens zal kunnen ontwikkelen. Tijdens het aardse leven 'kent' het transcenderende 'hogere ik' het doel en de zin van het betreffende leven in de samenhang van de incarnatiereeks. Het kan zijn dat deze situatie met een ziekte zelf verbonden is, zodat de mens de kans krijgt aan de ziekte gezond makende krachten te ontwikkelen. Maar de mens is zich onbewust van diens 'levensbestemming', omdat hij normaliter vanuit het ('lagere' ik-) bewustzijn van alledag leeft. Dit maakt dat ziekte ten eerste als 'tegenslag' wordt ervaren.

"Het karmische doel van ziek worden is de mens verder te helpen en tot grotere volmaaktheid te brengen, dat wil zeggen dat een mens – in overeenstemming met de wijsheid die hij vanuit de kamaloka-tijd³¹ in zijn nieuwe bestaan meebrengt – ziek wordt om de genezende krachten te ontwikkelen die zijn innerlijke mens stalen en hem de mogelijkheid geven verder te komen. Laten we eens aannemen dat een mens in de levenstijd die hem nog kan resten, door zijn lichamelijke gesteldheid en zijn overige karma de mogelijkheden heeft om met wat hij door zijn ziekte heeft veroverd, nog in dit leven verder te komen. Dan heeft genezing zin. Dan vindt genezing plaats, en de mens heeft in dit geval bereikt wat hij, blijkens het optreden van de ziekte, wilde. Door het overwinnen van de ziekte heeft hij bereikt dat hij nu betere krachten heeft waar hij vroeger slechtere had. Als hij door zijn karma met de juiste krachten is toegerust en door de gunstige omstandigheden van zijn huidige leven zo-

nen kiezen, wat door de complexiteit van het begrip bijna onmogelijk is. Dit is ook de oorzaak van de verwarring van Steiners visie op karma met de hindoeïstische variant, dat vaak tot veroordeling leidt.

³⁰ Derde en vierde voordracht van "Offenbarungen des Karma" GA 120

³¹ De kamaloka-tijd is de tijd tussen dood en nieuw leven.

danig in de wereld is geplaatst dat hij zijn nieuwe krachten kan aanwenden en daarmee zichzelf en anderen tot nut kan zijn, dan vindt er genezing plaats; dan komt hij door de ziekte heen.” (Steiner, 2004, p. 96)

Zo kan ziekte, los van de geneeskundige kwalificatie als ongezondheid (biologisch karma), een gewenste ontwikkeling op gang brengen, die ten diepste door (het hogere aspect van) de mens vooraf aan dit leven gewild wordt. Dat wil niet zeggen dat de ziekte (en het bijbehorende lijden) zelf door een hoger geestelijk aspect van de mens (het ‘hogere ik’) gewild wordt, maar het innerlijke groeiproces en de kansen voor ontwikkeling dat de ziekte te weeg brengt. Als ziekte karmisch gezien een natuurlijk proces is, wil dat ook zeggen dat de fysieke ongezondheid inherent aan de eigen ontwikkeling kán zijn. Maar net zo goed kan ziekte ook een herstellende reactie zijn op een onderliggend ongezond proces. Tot slot kan het ook zijn dat de ziekte ontstaat door het in dit leven niet willen aangaan van de zichzelf voor de geboorte gestelde opgave. Kortom, Steiner geeft verschillende mogelijkheden om ziekte als karmisch proces te begrijpen, als een karmisch gezien eigenlijk of oneigenlijk proces van lichaam, ziel of geest en als proces van genezing en schenker van krachten en nieuwe ontwikkelingskansen.

Ethisch gezien lastig aan deze karmische visie van Steiner op ziekte, is dat dit zo begrepen kan worden als dat ziekte altijd in wezen door de mens zelf gewild wordt, of hij/zij zich ervan bewust is of niet. Een uitspraak van deze visie kan de waardigheid van de ander en de erkenning van het lijden verstoren. Het is dan belangrijk deze uitspraak van Steiner als ‘esoterisch inzicht’ te benoemen, zodat er heuristische ruimte ontstaat: het is een vraag, die door eenieder vrij zo gezien en beleefd kan – maar niet: *moet* - worden.

Anders gezegd, de uitspraak van Steiner vormt een uitnodiging om ziekte (en andere levenscrises) ook anders te bekijken, namelijk naar wat iemand door ziekte kan ontwikkelen aan inzicht, liefde en vaardigheden, en niet alleen naar het aspect van het verlies van gezondheid. Daarmee bekijken we ziekte niet meer alleen vanuit biologisch karma (karma dat de lichamelijke gezondheid beïnvloedt), maar ook vanuit psychosociaal en biografisch karma. We kijken dan hoe de mens omgaat met ontmoetingen, ‘life-events’ en vorm aan de eigen levensloop geeft.³² (Wormer, Chavannes, & Koopmans, 2002, pp. 47-56)

3.4.2 Een toekomstgerichte kijk op ziekte

De antroposofisch psychotherapeut Matthias Wais (1995, pp. 57-62) werkt dit gegeven als volgt uit. Ziekten treden volgens hem in essentie op, wanneer mensen een grens bereikt hebben. Hij doelt daarbij op grenzen van wat mensen emotioneel of moreel aankunnen. Door een eigen inspanning of door wat iemand overkomt, wordt een grens van het toelaatbare overschreden.³³ Wais legt uit:

"We worden dus meestal ziek in een situatie dat er een dieper gaande psychische verandering op handen is, die of gemist werd, of die in ieder geval overrijp is. Een noodzakelijke ontwikkelingsstap werd te lang uitgesteld en vervolgens werden we ziek. (...) Doordat we proberen aan de ziekte en de ontstane situatie af te lezen welke stap nu in de ontwikkeling

³² De auteurs beschrijven ook nog psychosociaal karma, dat invloed uitoefent op de psychische gesteldheid (bijv. het temperament) en de sociale context.

³³ Wais laat daarbij in eerste instantie onvermeld, dat de betreffende niet adequaat met deze grensoverschrijding om kan gaan.

gedaan moet worden, verwerven we ons een actieve houding tegenover de ziekte." (p. 57-58)

Deze actieve houding levert door bezinning op het biografische beeld van de ontstane situatie een behoefte op aan verandering. Maar de verandering kan ook plaats vinden door hoe er met een ongeluk omgegaan wordt, te meer omdat ongelukken volgens Wais vaak plaats vinden rond een moment van verandering.³⁴ Wais wil niet de indruk wekken dat volgens hem "de stuwning in de ontwikkeling de ziekte – of zoals in dit geval het ongeluk – heeft 'veroorzaakt'." Hij voegt toe:

"De zin van ziekte heeft niets te maken met de oorzaak, ook als deze mogelijk psychisch van aard is. De oorzaak is een naar het verleden terugkijkend begrip, de zin van een ziekte is steeds toekomst-gericht. De zin is gelegen in de uitdaging en de mogelijkheid om bepaalde psychisch-geestelijke krachten te ontwikkelen, bepaalde eigen zwakheden te leren beheersen."

Wais geeft als andere mogelijkheid van de zin van ziekte, dat we nagaan "*voor welke toekomstige opgaven hier krachten worden gevormd.*" Want: "*Ziekten kunnen ook toekomstimpulsen bevatten, kunnen kiemen leggen voor ontwikkeling.*" (p. 60)

De antroposofische arts Glöckler (Wais, Glöckler, & Köhler, 1998, pp. 68-70) geeft toe hoe lastig een uitspraak als 'crisis als kans' kan klinken. Zij benoemt de eenzaamheid die mensen voelen in hun alleen zijn met hun crisis (of ziekte): hun ervaringen en gevoelens zijn slecht deelbaar. Glöckler benoemt dat levenscrises 'geheel en al individueel' zijn en heel verschillend worden beleefd. Ze stelt dat we als mens vrij kunnen zijn om, op onze manier, volgens onze keuze, om te gaan met wat ons overkomt: we moeten niet vanuit onze gewoonte of dwangmatigheid reageren. Met deze opmerking respecteert Glöckler de pijn en het verlies van zieke mensen, maar nodigt ze ook uit om daar niet in te blijven 'hangen.'

Dit mogelijke gevoel van vrijheid kan volgens Glöckler (Wais, Glöckler, & Köhler, 1998, pp. 81-83) leiden tot de vraag wat iemand uit een eerdere crisis geleerd of ontwikkeld heeft. Als voorbeeld geeft ze een versterkte mate van zelfbeleving of zelfbewustzijn door een zwaar verlies, pijn of verdriet. Daarmee ontkent ze niet het leed, maar wil er de vruchten van plukken: "*Wat heb ik eraan te danken?*" In haar optiek zijn mensen vaak koppig en trots en willen zij de donkere kant van het leven niet kennen of erkennen als onderdeel van het geleefde leven, oftewel bij monde van Wais (1995, p. 62): "*De ziel wil het liever niet weten.*" Glöckler (Wais, Glöckler, & Köhler, 1998, p. 90) citeert hierbij Steiner:

"Vreugden zijn geschenken van het lot die hun waarde in het nu bewijzen. Het lijden is echter een bron van kennis, waarvan de betekenis in de toekomst duidelijk zal worden."

Wais (1995, pp. 270-276) beschrijft ook hoe we nu een gevoel kunnen krijgen voor wat de crisis aan kansen in ons menselijk leven herbergt. Hij stelt daarbij een houding van 'geduld, verantwoordelijkheid en dankbaarheid' centraal ten aanzien van de goddelijke machten ('de engel') die ons naar nieuwe mogelijkheden en ontmoetingen leiden, maar ons vrij laten om er wel of niet iets mee te doen.

³⁴ Wais vertelt het verhaal van een 17-jarig meisje dat verliefd is geworden op een oudere man en tegen de zin van haar moeder naar hem toe gaat en dan aangereden wordt. In de tijd van revalidatie leert de dochter, die eerst in een rolstoel zit, innerlijke onafhankelijkheid in deze situatie van grote uiterlijke onafhankelijkheid. En de moeder leert te zien hoe haar dochter een zelfstandig mens is dat haar eigen keuzes mag maken.

3.4.3 Spirituele onderbouwing (excurs)

Rond 1924 spreekt Steiner in zijn voordrachten over de poort van de zon en de poort van de maan³⁵ weer uitgebreid over karma. Dan blijkt hij zijn visie op de karmische component van ziekte te hebben aangevuld met de hierboven beschreven ontwikkelingsgedachte. Voor Steiner is deze ontwikkelingsgedachte sterk verbonden met Christus. Steiner beschrijft in deze voordrachten hoe de mens die in het nu leeft, net als de Romeinse god Janus, naar het verleden (door de poort van de maan) en naar de toekomst (door de poort van de zon) kan kijken. Wat uit het verleden komt, bijvoorbeeld uit een vorig leven, werkt volgens de wetten van de causaliteit: de gevolgen laten zich voorspellen en zijn onvrij. Dat, wat uit de toekomst komt, d.w.z. wat zich nu aandient maar nog nieuw is en ontwikkeling vraagt, werkt volgens de wetten van de vrijheid en de liefde, waar Christus zich mee verbonden heeft. Wat uit deze sfeer in ons leven komt, wordt door Christus in vrijheid als genade geschonken. Met vrijheid bedoelt Steiner hier, dat we als mens vrij zijn om een situatie of ontmoeting (of een aspect daarvan) tot ons leven te laten behoren of niet; dat we als mens vrij zijn om een crisis ook als kans voor ontwikkeling te zien. Van Doorn (1990, pp. 91-92) gebruikt hetzelfde onderscheid als Steiner en noemt wat uit het verleden komt 'oud karma' en wat uit de toekomst komt 'nieuw karma.' Daarmee maakt hij gevoelsmatig duidelijk dat het ene bekend is, meer van hetzelfde in ons leven, en het andere onbekend is: anders, een nieuwe impuls. Hij maakt dat ook duidelijk in de volgende meditatie, die net als 'ecce homo' (zie p. 40) op de mens in zijn algemeenheid, maar ook concreet op zichzelf of een ander toegepast kan worden. Ook deze is een meditatief instrument te noemen.³⁶

“Een brug is de mens tussen het voorbijgegangene en het zijn van de toekomst.
 Het heden is ogenblik, ogenblik als brug,
 ziel geworden geest in de omhulling van de stof.
 Dat is uit het verleden, geest wordende ziel, in schalen als kiemen.
 Dat is op de weg naar de toekomst.
 Neem het toekomstige aan door wat verleden is geworden.
 Hoop op het wordende door wat geworden is.
 Zo vat het zijn aan in het worden.
 Zo vat aan, wat wordt in het zijnde.”

Volgens Göckler (Wais, Glöckler, & Köhler, 1998, pp. 87-90) is Christus als ideale mens sterk verbonden met onze idealen. De centrale idealen van waarheid (denken), liefde (voelen) en vrijheid (handelen) vormen volgens Glöckler een soort 'tweede mens' in ons, die zij Christus noemt. In zijn kruis, dood en opstanding is Hij een beeld van opoffering en zelfoverwinning. Zij sluit met Steiner daarbij aan op bijvoorbeeld Paulus die spreekt over Christus als 'de tweede Adam.' (1Kor.15:45). Christus is het beeld van wie wij als mens(heid) in de toekomst kunnen zijn en geestelijke hoeder ('herder') van ons ware wezen, het 'hogere ik'. Daarmee hangt samen dat voor ons als mensen van deze tijd ons ware wezen aan ons zicht onttrokken is. Soms vangen wij er als mensen flarden van op, maar pas in het leven na de dood zien wij het 'van aangezicht tot aangezicht.' Steiner (1996, p. 30) noemt dit "de beeldnatuur van de mens" en verwoordt dit bijvoorbeeld in de volgende meditatie:

³⁵ Voordrachten in GA 240 Esoterische Betrachtungen karmischer Zusammenhänge, 6. Band, 25 jan., 16 april, 28 jan. 6 febr. 1924

³⁶ Geciteerd in Joop van Dam, *Ken jezelf als brug tussen verleden en toekomst*, artikel Motief nr. 178, dec/jan 2013/14, p. 26.

“Ik schouw in het duister, daarin verrijst het licht, levend licht. Wie is dit licht in het duister? Ik ben het zelf in mijn werkelijkheid. Deze werkelijkheid van het ik treedt niet binnen in mijn aardse zijn. Ik ben slechts een beeld ervan. Maar wedervinden zal ik het, als ik het met goede wil voor de geest door de poort van de dood ben geschreden.”³⁷

Dat dit zo is, komt doordat de mens het nieuwe karma - de werking van de geest vanuit de toekomst in het heden - vaak pas in de terugblik op het voorbije leven herkent als een geschenk. Zodoende werken bijvoorbeeld Lievegoed (1976) en Treichler (1981) - en vele antroposofische auteurs in hun kielzog - uit welke ritmes en periodes er in een menselijk leven te herkennen zijn. Zo willen zij handvatten geven hoe het nieuwe karma in elke levensfase te herkennen valt. In hun ‘biografiek’ komt het er op aan om op het juiste moment in je leven je idealen als impulsen op te pakken.³⁸

3.4.4 Samenvatting

Steiner geeft een duidelijke gedifferentieerde visie op karma in het menselijke leven. Dit omvat ook ziekte en gezondheid, dat onderdeel kan zijn van een aan de persoon eigen ontwikkeling of deze voor nieuwe opgaven stelt. Het verklaren van ziekte in de context van karma kan erg beladen zijn door een verkeerd begrip van wat Steiner onder ‘esoterisch inzicht’ en de sturende kracht achter het eigen karma verstaat. Een *toekomstgerichte* vraagstelling aan de patiënt waarin de mogelijkheden en vruchten van crisis verkend worden, is minsten even zinvol als een causale vraagstelling of zelfs zinvoller, zoals ‘Wat kan het je brengen?’ of ‘Wat heeft het je gebracht?’, ‘Wat heb je eraan te danken?’ Bij zo’n vraagstelling vanuit de ontwikkelingsgedachte is de vrij latende toon van de gesprekspartner erg belangrijk en het respect voor het belastende van de huidige situatie van ziekte en lijden. Deze vraag kan ook meditatief ingezet worden als diagnostisch instrument, als gebed en als inspiratiebron (voor zichzelf of voor een volgende ontmoeting).

Kenmerk AM-6 – karmische mens	De mens is onderhevig aan invloeden op biologisch, psychosociaal en biografisch vlak vanuit verleden en toekomst
Kenmerk AM-7 – autonome mens	De mens is vrij om te denken, te voelen en te handelen en zodoende ook om met aspecten van het eigen menselijk leven als geestelijke realiteit om te gaan en dit in de eigen ontwikkeling als mens op te nemen of niet. Het antroposofisch mensbeeld wijst wel op de waarde van de houding van geduld, verantwoordelijkheid en dankbaarheid, maar stelt het liefdevol vrijlaten van de ander voorop.

Figuur 23: kenmerken 6 en 7 van het antroposofisch mensbeeld

par. 3.5: Ethische bespreking van het antroposofisch mensbeeld

Hoe wordt er vanuit de theologie tegen (communicatie van) het antroposofisch mensbeeld aangekeken, en om precies te zijn, vanuit de theologische ethiek? Dit is een relevante vraag, omdat communicatie van een mensbeeld ethische vragen oproept. Niet het mensbeeld of de daarachter liggende levensbeschouwing staan ter discussie, maar de omgang en

³⁷ Steiner (1991, p. 129), geciteerd in Reitsma (2001, p. 85)

³⁸ Vergelijk met wat Wais hierboven zei over het ontstaan van ziekte als het niet goed omgaan met grensoverschrijdingen.

communicatie ervan. De ethiek kan bepaalde valkuilen van het antroposofisch mensbeeld zichtbaar maken of kritische vragen stellen. De ethische kritiek van theologische kant geeft mogelijke valkuilen en misverstanden aan en wordt hier niet bedoeld om tekortkomingen in het antroposofisch mensbeeld aan te duiden.

3.5.1 Ethische grenzen van Eibach

De Duitse Lutheraan en theoloog Ulrich Eibach (1991, pp. 19-68) bespreekt de holistische visie op ziekte en de patiënt. Hij noemt nergens in zijn boek expliciet antroposofie of het antroposofisch mensbeeld, maar spreekt van New Age, neo-gnostiek en humanistische psychologie. Toch komen er genoeg kenmerken langs die ook van toepassing op het antroposofisch mensbeeld zijn, om zijn bespreking hier weer te geven.³⁹ Ik bespreek Eibach hier om zijn ethische kritiek op het holistisch mensbeeld: zijn systematisch-theologische of bijbels-theologische argumenten vermeld ik hier dus niet, omdat die hier niet aan bijdragen.

Eibach (pp. 34-38, 51-52) noemt het holistisch mensbeeld een ethisch postulaat en ondersteunt het holistische pleidooi om het subject van de zieke mens in samenhang met diens ziektebeeld en levensloop centraal te stellen, in plaats van de ziekte alleen. Eibach herkent hierin de gedachte van von Weizsäcker die de mens in relatie tot diens omgeving wil zien. Pathogenese heeft in zijn ogen de grote valkuil dat het subject en object van de ziekte scheidt en het subject van de verantwoordelijkheid ontslaat om zich actief in het therapeutisch proces op te stellen. Door het subject en diens biografie met elkaar in verband te brengen, wordt duidelijk welk conflict, verstoring of vervreemding van het lichaam of de ziel gaande is. Of, zoals bij von Weizsäcker, om eerder de ziekte te begrijpen dan te verklaren.⁴⁰

Daarnaast pleit Eibach (pp. 55-58) wel voor het voor ogen houden van de waarde van de ervaring van kwetsbaarheid. Een al te spirituele opvatting van persoonlijke ontwikkeling kan als gevaar hebben dat spirituele groei alleen door gezondheid gegeven wordt en ziekte als een falen. De ervaring van kwetsbaarheid en afhankelijkheid kan negatief geïnterpreteerd worden als het gevoel van zelfwaarde te zeer afhankelijk is van prestatie en daarmee ook van vitaliteit. Een meer non-dualistische opvatting van persoonlijke ontwikkeling kan zien dat in ziekte ook persoonlijke ontwikkeling gaande is. De gedachte van groei van de eigen persoonlijke heelheid en autonomie moet niet doorslaan naar een individualisme, waarbij (God en) de naaste alleen als functie van zelfontvouwing erkend wordt en gezondheid als teken daarvan.

Eibach (pp. 38-49) onderstreept daarom ook een definitie van gezondheid, die niet de afwezigheid van verstoringen in welk aspect van de mens ook opsomt, maar het vermogen om die verstoringen aan te gaan, af te weren of ermee te leven. Dan kan het leven en het mens-zijn als zinvol ervaren en verwerkelijkt worden. Ziekte is in zijn opvatting dan

³⁹ Het antroposofisch mensbeeld valt namelijk onder het holistisch mensbeeld, in die zin dat daarmee een bio-psycho-sociaal-spiritueel mensbeeld (BPSS-model) wordt bedoeld (De Vries-Schot, 2013). Het belangrijkste verschil is echter dat de antroposofie er vanuit gaat dat de verschillende aspecten onderscheidbare soorten lichamen hebben, en de antroposofische geneeskunde beschrijft hoe zij medisch gezien samenhangen. Het kan goed zijn dat er wat betreft het antroposofisch mensbeeld nog aparte ethische kanttekeningen te plaatsen zijn.

⁴⁰ Eibach sluit hierbij aan bij de beschreven gedachten over gezondheid en ziekte, zie par. 3.3: vanaf p. 46.

de onwil of het onvermogen om de spanning tussen lijden en autonoom handelen uit te houden. Eibach geeft één uitzondering: maatschappelijke ziektes (sociogenese), zoals drank, roken en drugs, die een bovenpersoonlijk karakter hebben dan de meeste andere ziektes. Waarschijnlijk zijn er meer ziektes waarvan bepaalde aspecten onder sociogenese vallen. Een andere mogelijkheid is om ziekte te definiëren is door onderscheid te maken tussen ziekte van het lichaam en ziekte van de persoon: het lichaam kan ziek zijn door ziekte, maar de persoon is pas ziek door het onvermogen om met lijden om te gaan.⁴¹

Wat betreft het lijden ziet Eibach (pp. 42-47, 58-65) een onderscheid tussen het ontologisch lijden als uitdrukking van de eindigheid van de mens-zijn en het lijden aan ziekte als existentieel en fysiek kwaad. Het is belangrijk onderscheid te maken – d.w.z. dat de patiënt dit onderscheid kan maken – tussen lijden en ziekte waar nog zin in te ervaren is en niet meer. Een uitgebreider onderscheid is dat tussen een ongeval, een ziekte die vanuit het eigen mens-zijn te begrijpen zijn – socio-genetische ziektes – mens ontwapenende ziektes zonder zin. Het is een zaak van de patiënt om de ziekte te classificeren, maar een geestelijk verzorger kan hier wel begeleiding in bieden. Ook hier, in de visie op goed en kwaad, herkent Eibach een tendens tot non-dualisme: door zich, in een innerlijke weg van meditatie en integratie van de ziekte in het eigen leven, te verenigen met God (de goddelijke bestaansgrond) in een hoger (universeel) bewustzijn, kan het kwaad als beperkte vorm van zijn opgeheven worden in een hogere bestaansvorm. Genezing als weg van integratie vormt dus een schakel in een grootser, bovenpersoonlijk proces van de ontwikkeling van de schepping. Daarbij maakt Eibach nogmaals de opmerking dat het in deze bredere context niet meer om persoonlijke ontwikkeling lijkt te gaan, waar hij op zich niet negatief tegenover staat, maar dat echte ontmoeting en relatie hierin niet een duidelijke plek lijkt te hebben.

Samenvattend lijkt Eibach de holistische en spirituele (en daarmee ook de antroposofische) visie op mens en ziekte te ondersteunen als de volgende ethische grenzen door de geestelijk verzorger gerespecteerd worden:

1. De mens als individu wordt vrij gelaten om de betekenis van de eigen ziekte te verkennen en de verantwoordelijkheid voor de innerlijke aspecten van de eigen genezing op zich te nemen. De geestelijk verzorger hoedt zich voor het opdringen van een al te subjectieve interpretatie.
2. Er blijft in de visies op persoonlijke ontwikkeling rond ziekte en genezing genoeg ruimte voor het waarderen van ontmoeting, afhankelijkheid, lijden en kwetsbaarheid.
3. Er blijft een duidelijk onderscheid bestaan tussen toepassingen vanuit een holistisch mensbeeld rond ziekte en genezing aan de ene kant en een (ingevulde) spiritualiteit van persoonlijke ontwikkeling aan de andere kant.

Deze drie grenzen lijken mij accurate ethische richtlijnen te geven voor de geestelijk verzorger die vanuit het antroposofisch (en aanverwante holistische en spirituele) mensbeeld werkt.

De drie ethische richtlijnen van Eibach zijn ook in het werk van Steiner, Wais en Glöckler (zie par. 3.4:) en andere antroposofen te herkennen: daarmee kan het antroposofisch mensbeeld zich *in de basis* kwalificeren. Maar door de wijdverbreide receptie van het werk van Steiner en vergelijkbaar gedachtegoed, zijn er ook varianten en handelingspraktijken

⁴¹ Op die manier dreigt bij Eibach toch weer een dualisme te ontstaan, waar hij dit bedoelt om de persoon van een aanklacht van ziekte vrij te waren. Een waardevolle toevoeging vind ik in de antroposofische gedachte dat je niet een lichaam *bent*, maar *hebt*.

waarin deze ethische regels minder tot niet gerespecteerd wordt. De omgang met het esoterisch gedachtegoed heeft Steiner bewust vrij gelaten aan individuele mensen om er zelfstandig mee om te gaan, maar hen wel de opdracht meegegeven om in groepen samen te werken. Dit laatste aspect is direct na zijn dood in 1925 al moeilijk geworden door uiteenlopende visies op gemeenschap, geestelijk onderzoek en leergezag. Later, in de jaren '60 en '70 hebben veel elementen van het antroposofische gedachtegoed allerlei bewegingen geïnspireerd en geïnitieerd, die zich nu niet altijd meer expliciet met antroposofie associëren, zoals de kabouterbeweging, biologische landbouw, New Age, organische architectuur, milieu-bewegingen, duurzaamheid, organisatie-advies, mediation.

Opvallend is dat ethische grens 1 en 2 terug te vinden zijn in mijn beschrijving van 'Kenmerk AM-9 – autonome mens' (zie p. 47-50) en 'Kenmerk AM-2 – morele mens' (zie p. 30 en 32). Deze kenmerken kunnen dus de toets van Eibachs kritiek doorstaan. De derde ethische grens betreft de handelingspraktijk en de methodieken van de geestelijk verzorger.

3.5.2 Reactie op Eibach

Hoe kijken anderen naar het antroposofisch mensbeeld? En welke ethische grenzen stellen zij? In het rapport "Hunkeren naar heelheid" (2000, p. 20) van de Werkgroep Nieuwe Religieuze Bewegingen van de Katholieke Raad voor Kerk en Samenleving, bespreken zij het gedachtegoed en de praktijk van de nieuwe spiritualiteit. Zij houden hierbij hun oordeel terug, maar menen uiteindelijk voor een oordeel (vanuit katholieke zijde) een hoofdcriterium te hebben in de vraag:

"Bewerkt die gestalte van nieuwe religiositeit werkelijk heelheid voor het 'zelf,' *innerlijke* heelheid en heelheid *in relaties met anderen*?" (cursivering van de auteurs)

Daarbij werken zij dit in vier kritiekpunten uit, namelijk:

1. Kritiek op een 'verneveld' godsbeeld, dat in dienst staat tot zelfverwerkelijking.
2. Kritiek op de gemeenschapsvorming, waarbinnen het individu aan de gemeenschappelijke norm onderworpen dreigt te worden.
3. Kritiek op het subjectivistische zelfbeeld dat dreigt de vervreemding, leed en onrecht uit het oog te verliezen.
4. Kritiek op het beeld dat tijd, dood en kwaad overwonnen zouden zijn.

Het eerste kritiekpunt betreft systematisch-theologische kritiek, het tweede kritiekpunt betreft een sociale kritiek. Beide zijn in de context van de zorg volgens mij *in eerste instantie* minder van belang omdat de focus van een patiënt op zichzelf, meer dan op de gemeenschap, zeer legitiem is: de eigen genezing staat in eerste instantie centraal. Wel kunnen zij voor de pastorale diagnostiek van de geestelijk verzorger belangrijk zijn, als zij de persoonlijke thematiek van de cliënt verkennen wat betreft godsbeeld en groepsdruk.

Vooraf het derde en het vierde punt vormen wat mij betreft binnen de context van de zorg belangrijke opmerkingen, die instemmen met het tweede punt van Eibach. Zij zijn ook terug te vinden in mijn beschrijving van 'kenmerk AM-2 - morele mens.' Dat wil niet zeggen dat zij niet voor een belangrijke valkuil waarschuwen, namelijk om aspecten van lijden uit het oog te verliezen. De bovenstaande ethische kritiekpunten van "Hunkeren naar heelheid" veroordelen daarmee het antroposofisch mensbeeld dus niet op ethische gronden.

3.5.3 Ethische richtlijnen

Uit de bovenstaande bespreking blijkt de zorgen om bepaalde aspecten van het antroposofisch mensbeeld. Zij wijzen ook op de ethische kaders voor de professionele handelingspraktijk (namelijk die van de theoloog en geestelijk verzorger) waarin het antroposofisch mensbeeld gecommuniceerd wordt en er vanuit een bijbehorende methode gehandeld wordt.

Ethische grens 1	De geestelijk verzorger houdt professioneel afstand en hoedt zich voor het opdringen van een al te subjectieve interpretatie van de situatie van de patiënt en richt zich op de autonome beleving van de patiënt en diens autonome proces van zingeving. (zie Eibach-1)
Ethische grens 2	De geestelijk verzorger erkent de ervaring van zinloosheid in thema's als kwetsbaarheid, lijden en dood, en tast voorzichtig af of de patiënt deze ook anders wil herwaarderen. (zie Eibach-2 en Hunkeren-3-4)

Figuur 24: Twee ethische richtlijn voor de professionele handelingspraktijk

par. 3.6: Samenvatting

Het antroposofisch mensbeeld laat zich in een zevental kenmerken samenvatten:

Code	Omschrijving	Criterium
Kenmerk AM-1 - spirituele mens ⁴²	Steiner ziet de mens als een autonoom geestelijk wezen dat voor, tijdens en na zijn leven in ontwikkeling is en de mogelijkheid heeft om zich ethisch en spiritueel te ontwikkelen.	Spirituele ontwikkeling
Kenmerk AM-2 – morele mens	De resultaten van de menselijke spirituele ontwikkeling volgt als genade op de eigen (actief ingezette) morele ontwikkeling in verbinding met wat het leven de mens te bieden heeft om meer vanuit vrijheid en liefde te leven.	Morele ontwikkeling
Kenmerk AM-3 – sociale mens	Gemeenschapsvorming is essentieel om spirituele dwalingen te voorkomen en fenomenologische waarnemingen van een hogere werkelijkheid te controleren.	Sociale ontwikkeling
Kenmerk AM-4 – kosmische mens ⁴³	De samenhang tussen de mens en de kosmos in tijd (biografische ontwikkeling) en ruimte (lichaam en wereld).	Correspondentie
Kenmerk AM-5 – integrale mens	De integrale ontwikkeling van de verschillende lichamelijke, psychische en mentale aspecten van de mens	Holisme
Kenmerk AM-6 – karmische mens ⁴⁴	De mens is onderhevig aan invloeden op biologisch, psychosociaal en biografisch vlak vanuit verleden en toekomst	Oud en Nieuw Karma
Kenmerk AM-7 – autonome mens	De mens kan vrij worden om te denken, te voelen en te handelen en zodoende ook om met aspecten van het eigen menselijk leven als geestelijke realiteit om te gaan en dit in de eigen ontwikkeling als mens op te nemen of niet. Het antroposofisch mensbeeld waardeert wel de houding van geduld, verantwoordelijkheid en dankbaarheid, maar stelt het liefdevol vrijlaten van de ander voorop.	Vrijheid

Figuur 25: kenmerken 1 t/m 7 van het antroposofisch mensbeeld

⁴² Zie voor kenmerk AM1-3 p. 37

⁴³ Zie voor kenmerk AM4-5 p. 46

⁴⁴ Zie voor kenmerk AM-6-7 p. 55

Met deze kenmerken wordt het antroposofisch mensbeeld hanteerbaar voor analyses verderop in deze scriptie. Deze indeling volgt de relatieve zelfstandigheid van deze verschillende kenmerken in de literatuur over het antroposofische mensbeeld. Het is dus niet een indeling die uit een wetenschappelijke antropologische structuur of beschrijving volgt⁴⁵ of een vooraf bepaald set normatieve criteria die een mensbeeld tot antroposofisch laten bepalen of niet.⁴⁶ Aan de hand van deze descriptieve omschrijvingen en criteria kunnen in de volgende twee hoofdstukken uitspraken en vragen aan een kenmerk gekoppeld worden, om te zien of en hoe zij met aspecten van het antroposofisch mensbeeld samenhangen.

Deze kenmerken vul ik met 3 kenmerken aan, die in de antroposofische literatuur over ziekte en gezondheid te vinden zijn:

Code	Omschrijving	Criterium
Kenmerk AMZ-1 – gedifferentieerde pathologie ⁴⁷	Ziekte kan in meerdere aspecten van de mens samenhangend ontstaan en plaats vinden.	Gedifferentieerde Pathologie
Kenmerk AMZ-2 – salutogenese	De mens herbergt op alle vlakken krachtbronnen om zelf te reguleren en te genezen	Salutogenese
Kenmerk AMZ-3 – multidimensionale omschrijving	Processen en activiteiten rond ziekte en coping worden door multidimensionale begrippen of beelden beschreven en begrepen.	Multidimensionale omschrijving

Figuur 26: kenmerken 1 t/m 3 van het antroposofisch mensbeeld betreffende ziekte.

Bij het professioneel handelen vanuit dit antroposofisch mensbeeld horen twee ethische richtlijnen:

Code	Omschrijving	Criterium
Ethische Grens 1 ⁴⁸	De geestelijk verzorger houdt professioneel afstand en hoedt zich voor het opdringen van een al te subjectieve interpretatie van de situatie van de patiënt en richt zich op de autonome beleving van de patiënt en diens autonome proces van zingeving.	Afstand
Ethische Grens 2	De geestelijk verzorger erkent de ervaring van zinloosheid in thema's als kwetsbaarheid, lijden en dood, en tast voorzichtig af of de patiënt deze ook anders wil herwaarderen.	Zinloosheid

Figuur 27: Twee ethische richtlijn voor de professionele handelingspraktijk

⁴⁵ Hoe de bovenstaande indeling zich tot de indeling van Fitchett verhoudt, volgt in hfd. 6:.

⁴⁶ Wel denk ik dat bij veel mensen die vanuit het antroposofische mensbeeld leven, bijna al deze kenmerken te herkennen zijn. De indeling helpt ook de geestelijk verzorger om een patiënt met een antroposofische achtergrond beter te begrijpen, te begeleiden en eventueel te bevragen op een ogenschijnlijk ontbrekend kenmerk.

⁴⁷ Zie voor kenmerk AMZ-1-3 p.47

⁴⁸ Zie voor de twee ethische richtlijnen p. 59

hfd. 4: VORMEN VAN ANTROPOSOFISCHE COUNSELING

In dit hoofdstuk verken ik verschillende vormen van gespreksvoering die beïnvloed zijn door de antroposofie cq. het antroposofisch mensbeeld. Achtereenvolgens bespreek ik ‘dynamische oordeelsvorming’, ‘het vierveldengesprek’, en ‘het drieluik.’

Naast het vierveldengesprek en het drieluik had ook nog het levensfasengesprek als biografische methode kunnen staan. In deze gespreksmethode wordt met de gesprekspartner in meerdere gesprekken telkens een periode van 7 jaar besproken aan de hand van heel bepaalde vragen. Het gaat dan om vragen die de aanleg en ontwikkeling van bepaalde vaardigheden in de betreffende periode in kaart brengen. Daardoor ontstaat een soort selectief overzicht over het leven en kan een vraag in de context van het hele levensverhaal gezien worden. Deze methode is volgens mij voor het onderwerp zingeving rond ziekte wel bruikbaar, maar verschilt in aanpak niet veel van het viervelden gesprek. Het levensfasengesprek begint en eindigt ook met een intake en een eindgesprek, maar de tussenliggende verkenning is op het verleden gericht. Ik heb ervoor gekozen om deze methode niet hier te behandelen, omdat counseling rond ziekte zich in eerste instantie niet richt op het gericht hervertellen van de levensloop, maar op het omgaan met de situatie in het hier en nu. Ook omvat het levensfasengesprek niet één gesprek, maar een serie gesprekken, wat in de setting van het ziekenhuis niet vanzelfsprekend is.⁴⁹

Aan het einde van elke methode vermeld ik een specifiek antroposofisch element wat betreft de gesprekstechniek. Ook voeg ik een kritische bespreking toe, waarin ik de methode relateer aan de copingtheorie en de praktijk van de geestelijk verzorger. In par. 4.4: volgt een samenvatting van de kenmerkende elementen van deze gespreksmethoden, als antwoord op de vraag: “Wat maakt deze methodes antroposofisch?” Daarna volgt een pastoraal-theologische bespreking en een descriptief kader voor antroposofische gespreksmethoden.

par. 4.1: Dynamische oordeelsvorming

Dynamische Oordeelsvorming is een heuristisch gespreksmodel van Lex Bos. Oorspronkelijk bedoeld om in groepen mee te werken (Bos A. , 1974), is het ook toepasbaar voor het hulpverlenende tweegesprek (Bos L. e., 2003). In de methode staat de gesprekspartner stil bij een vraag of probleem. In zekere zin is het een vorm van verstillings waarbij voor - zolang het gesprek duurt – als in een labyrint om een bepaald onderwerp te cirkelen. Het uitgangspunt is de vraag van de cliënt die autonoom de eigen bronnen aanboort om tot een oplossing voor diens vraag te komen.⁵⁰ Dynamisch aan dit model is ook dat de gesprekspartners op elk moment naar een ander punt in het model vooruit of terug kunnen gaan als dit nodig is: zo komt er een beeld- en oordeelsvorming tot stand dat afgemeten is aan de persoon en de situatie. De activiteit van de counsellor omvat het stellen van vragen, die de gesprekspartner helpen bepaalde aspecten van het vraagstuk te expliciteren. Daarbij analyseert de counsellor de antwoorden niet op hun inhoud, maar faciliteert hij de ander in zijn denk- en keuzeprocessen. De counsellor vraagt het wezenlijke te benoemen en te selecteren.

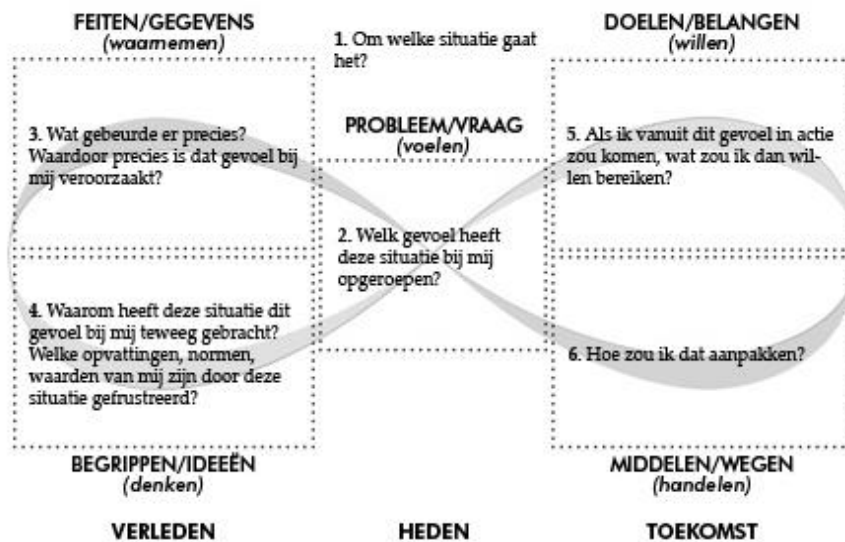
⁴⁹ Bronnen voor de achterliggende theorie over deze gespreksvorm zijn: Lievegoed (1976) en (1983), Veltman (1993, pp. 53-54), Prinsenbergh (1996), Burkhard (2004), Saal (2005, pp. 6-22), Den Dulk (2010, pp. 12-43) en Soer (2013, pp. 80-122).

⁵⁰ Zie “Kenmerk AM-7 – autonome mens.”

Als een fase is afgerond, kan een volgende stap gezet worden. De counsellor doet dit constant door inhouds- en gevoelsreflecties te geven en te checken.

De belangrijkste kenmerken zijn:

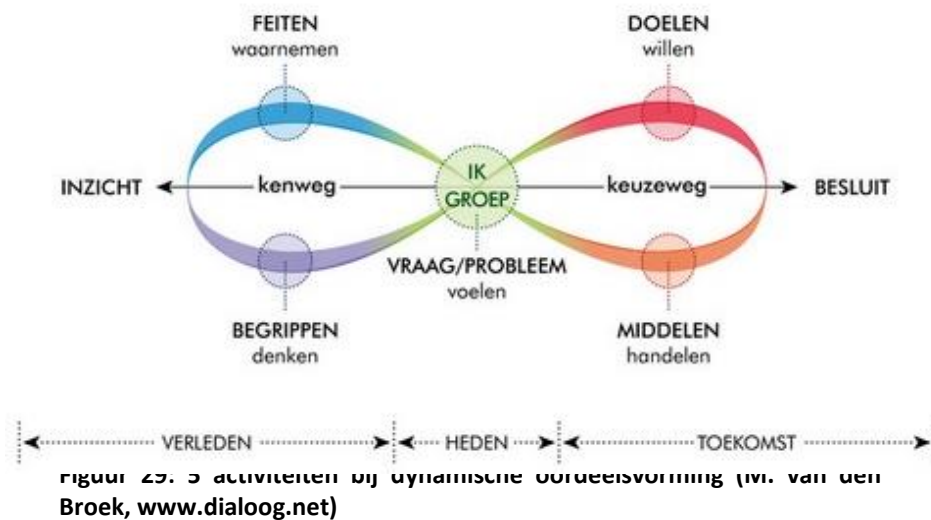
- 1) Het model heeft zijn uitgangspunt in een probleem of situatie in het nu, dat een vraag in zich draagt.
- 2) De lading van de vraag wordt onderkend door het opgeroepen gevoel te benoemen.
- 3) Vervolgens wordt de blik op het verleden gericht door terug te kijken (waarnemen) en feiten en gegevens te verzamelen: wat gebeurde er precies?
- 4) Daarna verkent men - denkend - welke begrippen, ideeën, meningen, opvattingen en waarden een rol hebben gespeeld.
- 5) De volgende fase behelst het toekomstgericht zich afvragen welke doelen en belangen men heeft: wat wil men bereiken? (wensen)
- 6) Dan verkent men de oplossingen en handelingsmogelijkheden die men zou kunnen ondernemen (handelen).
- 7) Tot slot komt men tot een herformulering van de oorspronkelijke vraag.



Figuur 28: 6 vragen bij dynamische oordeelsvorming (M. van den Broek, www.dialogo.net)

Een beeld dat Bos en Van den Broek voor deze methode bieden, is een liggende lemniscaat: de vraag staat namelijk als uitgangspunt, als tussenstation en als eindpunt centraal. De vraag geeft namelijk richting aan de vragen 3 en 4 (de 'kenweg', gericht op inzicht), kan eventueel in de overgang naar 5 bijgesteld worden en wordt beantwoord na vraag 5 en 6 (de 'keuzeweg', gericht op een wilsbesluit). Tussen vraag 3 en 4 kan ook heen en weer bewogen worden, totdat er genoeg inzichtverheldering heeft plaats gevonden, en zo ook tussen vraag 5 en 6, totdat er besluitvorming heeft plaats gevonden. Het knooppunt, de vraag, ligt als de kern, het hart, tussen kennen en kiezen, tussen 'je hoofd breken over iets' en 'handen en voeten geven aan iets,' tussen de weg naar binnen en de weg naar buiten.⁵¹

⁵¹ Op deze manier worden de drie centrale psychische faculteiten van de mens expliciet zichtbaar: denken, voelen en willen, zie Kenmerk AM-5 – integrale mens



De methode van dynamische oordeelsvorming kan heel goed ingezet worden als intake: niet alleen om de centrale vraag waarmee iemand komt te verkennen en te herformuleren, maar ook om deze “realistisch, wezenlijk en persoonlijk” te maken. Om dit doel te doen slagen, geeft Lex Bos duidelijk aan dat men niet een vaste route moet volgen. Het kan heel goed zijn dat de kenweg en de keuzeweg (de linker- en de rechterkant van de lemniscaat) een paar keer afgewisseld moeten worden of zelfs de kleinere polen binnen een van deze polen.

Het waarheidsgevoel en het geweten spelen volgens Bos een cruciale rol, die hij benoemt als de ‘rechter-instantie-in-ons.’ Hij wijst hier op ons zintuig voor de waarheid, een intuïtief gevoel dat iets waar is of klopt. Volgens hem liggen achter gevoelens van verbazing en beklemming de echte vragen, die het proces van oordeelsvorming sturen. Het model is namelijk zo ingericht, dat gespreksonderdelen telkens weer terugkomen bij de centrale vraag en deze controleren en/of aanpassen. Met ons gevoel kunnen we de kwaliteit van de uitkomst van een gespreksonderdeel of de uiteindelijke herformulering controleren. We voelen dan een instemming met het geformuleerde inzicht of besluit: “ja, zo is het inderdaad” of “ja, dat ga ik doen!”⁵² (Bos L. e., 2003, pp. 26-38)

Met ons gevoel bewaken we de kwaliteit van het proces. Meestal doet de counselor dit. Hij/zij probeert niet zozeer strak het stappenplan te volgen, maar de ander de verschillende onderdelen productief te laten verkennen. Niet alleen het luisteren naar wat er gezegd wordt, is belangrijk, maar ook mee te voelen met hoe de ander zich uitsprekend beweegt en wat diegene daarbij nodig heeft. Deze vorm van procesmatige begeleiding houdt dus uitdrukkelijk de ander als eigenaar van de vraag, en stelt zichzelf beschikbaar: zogenaamd als luisterend en ontvangend oor, maar in feite als meebewegend en stimulerend hart. De counselor beheert niet zozeer de inhoud, maar het proces en de kwaliteit van oordeelsvorming en besluitvorming. Om met Steiner te spreken:

⁵² In de cursus die ik zelf ooit volgde en het naderhand zelf oefenen met dit model, heb ik leren luisteren naar ‘de zucht.’ Als iemand in het gesprek daar is gekomen waar hij/zij ten diepste wil komen, tot een bepaalde herformulering of inzicht of aanpak, slaakt diegene vaak een zucht van verlichting: “Ja, dat is het.”

“Waar het om gaat is niet dat ik een andere mening heb dan de ander, het gaat erom dat de ander in zichzelf het juiste vindt, wanneer ik er iets toe bijdraag.” (De weg tot inzicht in de hogere werelden, 1991, p. 81)

In dit gespreksmodel valt in ‘de kenweg’ te herkennen wat Pargament (1997) en anderen ‘primaire taxatie’ (wat is er gebeurd en hoe treft dat mij?) noemen. ‘De keuzeweg’ komt overeen met de secundaire taxatie (welke doelen en middelen heb ik tot mijn beschikking) (zie p. 14). Opvallend aan dynamische oordeelsvorming is dat zij een dynamische vorm van taxeren stimuleert, waarbij de eigen vraag telkens terug gepakt en bijgesteld wordt. Op deze manier komt er een steeds nauwere verbinding tussen een individuele oordeelsvorming en besluitvorming tot stand waarbij de 3 centrale faculteiten van de mens, denken – voelen – willen – met elkaar verbonden worden. Dit is antroposofisch te noemen, omdat inzicht in mijzelf en de omgeving/wereld – ten behoeve van een eigen spirituele en morele ontwikkeling - centraal staat, en er ook sprake is van een holistisch, geïntegreerd mens-beeld: in een gezond functioneren worden denken, voelen en willen dynamisch met elkaar verbonden.⁵³

Deze achterliggende verhouding van een inzichtproces en een keuzeprocess, van epistemologie en ethiek, heeft Steiner uitgewerkt in zijn boek “De filosofie van de vrijheid” (1998) uit 1893. Het boek valt in twee delen uit elkaar: ‘de wetenschap van de vrijheid’ en ‘de werkelijkheid van de vrijheid.’ Steiner beschrijft de actieve rol van het individu bij het tot stand komen van twee soorten intuïties.

Het eerste, epistemologische deel beschrijft hoe de mens vanuit een waarneming met hulp van het denken tot een inzicht komt. De mens heeft namelijk een zintuiglijke indruk of een waarneming in gedachten. Deze verbindt hij actief door een intuïtie met een begrip en produceert daarmee een nieuwe gedachte-inhoud: we vinden opeens een woord en/of een verband voor wat we voor ogen hebben. Dit inzicht is vooral subjectief in die zin, dat de mens zelf waarneming en begrip verbindt en daarmee zelf een eigen bewustzijnsdaad stelt. Van groot belang hierbij, schrijft Steiner, is dat de mens door introspectie de eigen voorstelling en de eigen gedachten controleert, om niet aan subjectivisme ten prooi te vallen. We zijn immers zelf het instrument van ons waarnemen en denken! Maar kennen is volgens Steiner ook een objectief gegeven in die zin, dat het object van de waarneming buiten mij werkelijk is en ik mij als kennend subject daartoe verhoudt. Niet alleen de werkelijkheid buiten de mens is objectief: volgens Steiner is ook de mens die denkt objectief: we kunnen er niet omheen dat iets in de mens vrijelijk besluit te denken en te handelen.⁵⁴ Het moment van intuïtie, het voegen van een gedachte aan onze waarneming, is dus een moment van actief de verbinding leggen tussen onszelf en de omgeving die wij waarnemen. Steiner noemt dit het moment dat we “in de werkelijkheid komen.” Daarmee toont hij zich een monist,⁵⁵ in die zin dat het hem om de verbinding tussen het kennende subject en het gekende object gaat:⁵⁶

⁵³ Zie “Kenmerk AM-1 - spirituele mens,” “Kenmerk AM-2 – morele mens” en “Kenmerk AM-5 – integrale mens.”

⁵⁴ Zodoende spreekt Steiner – in navolging van Descartes - van een ‘ik’ als enigste objectiviteit voor de epistemologie (“ik denk dus ik ben”).

⁵⁵ Monisme in spirituele zin, niet in materiële zin: voor Steiner is de werkelijkheid oorspronkelijk spiritueel of een afgeleide daarvan, niet materieel. De aardse werkelijkheid heeft als opdracht om

“Wij moeten inzien dat de vorm van ieder waarnemingsbeeld afhangt van de wijze waarop het waarnemende wezen is georganiseerd, maar dat op het ogenblik dat een waarnemingsbeeld in de doorleefde denkende beschouwing wordt opgenomen, de mens in de werkelijkheid komt. Niet de fantastische beschrijving hoe anders de wereld er voor andere, niet-menselijke zintuigen zou moeten uitzien, kan de mens ertoe aanzetten zijn verhouding tot de wereld te willen begrijpen, maar het inzicht dat iedere waarneming slechts een deel van de werkelijkheid die in haar verborgen ligt onthult en ons dus van haar eigen werkelijkheid wegvoert. Daarbij komt dan het andere inzicht dat het denken ons weer naar dat deel van de werkelijkheid terugvoert dat bij de waarneming zelf verborgen blijft.” (Steiner, 1998, p. 109)

Het tweede, ethische deel van “De filosofie van de vrijheid” gaat in op de vrije wil van de mens die uit de autonomie van zijn denken voortvloeit: vooral in ons denken kunnen wij als mens volledig vrij worden. Daarmee ligt onder het denken als activiteit van het bewustzijn ook de wil van het subject, het ik, om te denken. De vrije handeling ontstaat dus door een zuivere gedachte (waarbij mens en wereld verbonden zijn) die iemand tot leidraad van diens handelen neemt. Dit mondt bij Steiner uit in een vertrouwen in de morele intuïtie voor het juiste handelen in een bepaalde situatie: *“Zij [d.i. de handeling] zal ‘goed’ zijn, als mijn in liefde gedoopte intuïtie op de juiste wijze in het intuïtief ervaarbare verband met de wereld staat, en ‘kwaad’ als dat niet het geval is.”* Dit wil dus zeggen dat Steiner oproept te onderzoeken waardoor wij ons in onze besluitvorming tot een handeling laten leiden: welke waarden zijn voor ons richtinggevend en kunnen we dit omzetten in een handeling, of laten we ons leiden door een persoonlijk belang of onbewust verlangen, begeerte of drift? Het ethisch individualisme houdt voor Steiner dus niet een willekeur of wetteloosheid in, maar een zelfstandige, moreel bewuste verhouding tot zichzelf en de omgeving.⁵⁷

Dynamische oordeelsvorming faciliteert dus het proces van inzicht en besluitvorming tot een handeling, zoals Steiner dat in zijn “Filosofie van de vrijheid” beschrijft, door:

- de ander subjectieve aspecten van zichzelf en objectieve aspecten van de omgeving te laten benoemen,
- diens centrale waarden te laten expliciteren, van waaruit hij in de wereld wilt staan en handelen, en door
- het geweten te activeren om naar een in het bredere verband passende oplossing te zoeken, maar die ook bij de mogelijkheden van de ander past.

Daarmee is dynamische oordeelsvorming vergelijkbaar met wat in de geestelijke verzorging als ‘moreel beraad’ bekend staat. Moreel beraad en ethische reflectie (Manschot & Van Dartel, 2003) zijn methoden voor een groepsproces, waarin ook de feiten, de opvattingen en gevoelens, de persoonlijke centrale waarden als achtergrond van de zorg en behandeling centraal staan. Bij moreel beraad en ethische reflectie gaat het meer om het verkennen van de ontstane situatie en het vinden van wederzijds begrip in een groep door centrale waarden van de verschillende partijen te expliciteren. Zij richten zich op hetzelfde doel als dynamische oordeelsvorming (dat ook in een groep ingezet kan worden): het gezamenlijk

beide aspecten, geest en materie, met elkaar te doordringen, zodat beide hun volle potentieel kunnen ontvouwen.

⁵⁶ Zie het nawoord van Pim Blomaard in Steiner (1998, pp. 227-235).

⁵⁷ Ibidem, p. 235-242.

vinden van een zekere objectiviteit en het vervolgen van stappen rond beeldvorming, waardering, en besluitvorming.

par. 4.2: Het vierveldengesprek

Voor de biografiek (antroposofische counseling rond het levensverhaal) heeft Rinke Visser het vierledig mensbeeld (zie ook par. 3.2.2 vanaf p.33) vertaald naar een gespreksmethode langs vier levensgebieden ('vier velden'). Dit wordt daarom 'het vierveldengesprek' genoemd. Door elk veld te verkennen ontstaat een indruk hoe iemand op dit moment in diens leven op viervoudige wijze zichtbaar wordt.⁵⁸ Uitgangspunt is daarbij dat de manier, waarop iemand het leven en de wereld om zich heen vorm gegeven heeft en nog steeds geeft, een uiting is van de identiteit van de cliënt. Door te onderzoeken hoe ons leven en omgeving op dit moment eruit ziet, komen we meer te weten over onszelf en over wat voor ons belangrijk is.⁵⁹

1. Het fysieke veld gaat in op de fysieke leefomgeving, het huis en de inrichting
2. Het levenskrachten-veld gaat in op de omgang met de tijd en de indeling van de dag (dag / nachtmens), ritmes, gewoontes, vitaliteit, gezondheid en ziekte
3. Het zielsmatige veld gaat in op passies, hobby's, idealen, enthousiasme, sociale relaties en idolen
4. Het ik-veld gaat in op zelfbewustzijn, zelf-beleving, zelfverwerkelijking, belangrijke waarden rond ervaringen van verontwaardiging, waarheid, eerbied

De methode van het vierveldengesprek is niet formeel beschreven. Ik maak daarom gebruik van mijn aantekeningen, hand-outs en ervaringen tijdens en na de cursus tot biografisch consulent bij het Instituut voor Biografiek. De vier velden en bijbehorende thema's en vragen worden wel beschreven door Willemijn Soer (2013, pp. 123-151).

De serie gesprekken wordt voorafgegaan door *een intakegesprek*, dat vorm gegeven wordt aan de hand van dynamische oordeelsvorming. Op basis daarvan kan besloten worden om deze of een andere gespreksmethode in te zetten en sluiten de gesprekspartners – zoals gangbaar – een contract (in de zin van afspraken over het kader van het gesprek).

Gedurende de gesprekken kan met een flap-over gewerkt worden, waarop zaken die belangrijk zijn opgeschreven worden. Dit heeft als voordeel dat het gesprek gehouden wordt aan wat relevant is en dat later de lijn en kern van elk gesprek aanschouwelijk gemaakt kan worden. Bij de uitleg van het afsluitende zesde gesprek – het kwintessensgesprek - zal duidelijk worden dat het niet alleen een hulpmiddel is, maar ook echt een functie vervult.

⁵⁸ Zie "Kenmerk AM-5 – integrale mens" en "Kenmerk AM-6 – karmische mens."

⁵⁹ Deze gedachte is een vorm van 'correspondentie' (een term van Faivre, zie p. 34), maar dan niet tussen mens (microkosmos) en de (transcendente) macrokosmos, maar tussen de mens en de wereld om ons heen. De vooronderstelling is dat de mens in zijn leven sporen in de omgeving om zich heen achterlaat en daarom, door de omgeving te observeren, ook zichzelf kan kennen. Je zou dit – als tegenhanger van introspectie: de weg naar binnen – extraspectie kunnen noemen: zelfkennis door de weg naar buiten. Het resultaat van deze gedachtegang dat het 'het' van mijn waarneming, eigenlijk 'ik' is. (zie ook "Kenmerk AM-4: de kosmische mens")

Verder heeft elk gesprek duidelijk een eigen agenda, waaraan zoveel mogelijk vastgehouden wordt. Het kan goed zijn dat de gesprekspartner zaken noemt die voor het betreffende gesprek niet geëigend zijn. Dat wordt niet afgewezen, integendeel, het hoort bij de ander, maar er wordt ook niet verder op doorgevraagd. Zo krijgt elk gesprek zijn eigen onderwerp, aanpak en kleur.

In *het tweede gesprek* over het fysieke veld beschrijft de gesprekspartner zo feitelijk en objectief mogelijk hoe de eigen leefwereld (het huis en de inrichting, of waar anderszins de meeste tijd doorgebracht wordt) er uit ziet, zodat die voor de ander als beeld zichtbaar wordt. De centrale expliciete vraag aan de gesprekspartner is dus:

- Beschrijf eens hoe het er bij jou uitziet? Wat zie ik dan en hoe zie ik dat het van jou is?

Onderliggende vragen aan de gesprekspartner zijn dus bijvoorbeeld:

- Hoe druk jij je in de ruimte uit?
- Hoe word jij zichtbaar?
- Hoe verbind je je met materie?
- Zie je materie als kans of wijs je het af?

De manier van beschrijven is ook coherent met het veld zelf: feitelijk, objectief, gericht op maat, vorm en gewicht, kleur. Er wordt niet te lang stil gestaan bij de herinneringen, andere mensen of emotionele betekenis die met een voorwerp of plek verbonden zijn en zeker niet op door gevraagd. Ook worden er geen plannen gesmeed over voorwerpen: het gaat alleen over de feitelijke beschrijving. Telkens weer vindt de relevantie-check plaats: “Is het belangrijk voor je? Schrijf het op de flap-over! En wat gaan we nu zien?”

Door deze aanpak wordt als centrale inzicht persoonlijk invoelbaar dat en hoe iemand zelf vorm geeft aan diens omgeving. Hier kan een mogelijkheid of kans liggen, maar dat ligt buiten het bereik van dit gesprek. Zo wordt de gesprekspartner vrijgelaten om iets met deze waarnemingen te doen of niet. Wel zal de flap-over van dit gesprek in het laatste gesprek terugkomen.

Het derde gesprek gaat over het levenskrachten-veld. De onderliggende vraag is hoe iemand zich in tijd, vitaliteit en gewoontes uitdrukt. Vragen die gesteld worden zijn:

- Hoe ga je om met de tijd en allerlei processen in de tijd, zoals ritmes en gewoontes, en hoe verhoud je je daartoe?
- Hoe ga je om met je gezondheid? Hoe verloopt gezondheid, ziekte en energie door de tijd heen? Waar krijg je energie van en hoe gaat dat dan?
- Wat zijn voor jou opvallende bewegingen en gewoontes? Wat kun je niet laten? Wat is bij jou altijd of nooit het geval? Wat zijn jouw onhebbelijkheden?

De vragen richten zich dus expliciet op processen en worden procesmatig door de gesprekspartner beschreven. Daardoor kan soms een vrij traag gesprek ontstaan, waarbij niet bezieling of het hoe en waarom, maar het verloop van zaken centraal staat. Het kan daarbij voor de ander duidelijk worden waar in het leven door de tijd heen bronnen van gezondheid klaar liggen om aangeboord te worden.

Het vierde gesprek gaat over het zielsmatige veld. De onderliggende agenda is dat de gesprekspartner zich uitspreekt wat er bij zich van binnen gebeurt als hij/zij vertelt over de eigen passies en idealen. Hij/zij komt in diens enthousiasme en in een stemming dat alles

mogelijk is, maar wordt zich ook bewust van alle mogelijkheden. De insteek is het beschrijven van de ideale wereld in het klein:

- Beschrijf je ideale dag, wereld, ontmoeting of droombaan. Geef een compleet beeld met allerlei gebeurtenissen, ontmoetingen met mensen en dingen.

Daarna kunnen ook andere onderwerpen de revue passeren, waarbij het doel is dat de ander in beweging komt en 'in vuur en vlam' komt te staan:

- Voorbeeldvragen zijn ook: waar kan ik je voor wakker maken? Hoe kom jij van je plek af? Wat doe je als je alles al hebt? Waarvan ga jij uit je dak? Wat kan er nog meer?

Ook wordt de ander bevraagd op diens positie en gevoel tegenover de genoemde mensen in het hier en nu:

- Hoe heb je de relatie vorm gegeven en hoe voel je je daarbij? Wat gebeurt er in je? Wat komt er in je op?

Vaak is het zo dat zo idealen en ontmoetingen opnieuw tevoorschijn komen en er initiatieven ontstaan. Hier wordt niet verder op in gegaan, maar ze kunnen wel opgeschreven worden om voor later vast te houden.

Het idee achter dit gesprek is dat als de ziel - met al haar creatieve bronnen – niet in het leven haar plek krijgt, de levensloop vast kan lopen. Door dit gesprek kunnen er initiatieven ontstaan vanuit het gedroomde leven, het nog niet geleefde leven.

Het vijfde gesprek gaat over het ik-veld en gaat over de thema's die door de levensloop heen met het ik verbonden zijn. Het gaat dan om:

- Zelfbewustzijn: Hoe word jij je van jezelf bewust? Wanneer zeg jij nee? Hoe en wanneer stel jij je grenzen en neem je het heft in handen?
- Zelf-beleving: wanneer en hoe beleef je jouw anders-zijn?
- Zelfverwerkelijking: Waar ga jij voor in het leven? Wat wil jij inbrengen?
- Verontwaardiging: Waarover maak jij je echt kwaad? Aan welk 'heilig huisje' mag ik niet komen?
- Waarheid: Voor welke waarheid sta jij?
- Eerbied en toewijding: Wat doe / verzorg jij vol aandacht?

In deze thema's wordt niet alleen duidelijk hoe iemand zich tot de eigen persoonlijkheid en identiteit verhoudt, maar worden ook verkend wat voor iemand heilig is in resp. voelen, denken en willen/handelen. Het gesprek kenmerkt zich door het laten ontvouwen van innerlijke kracht bij de ander over waar voor hem/haar het leven over gaat en wat daarin kernwaarden zijn.

Het zesde gesprek is het 'kwintessens-gesprek' waarin alle eerdere gesprekken bij elkaar komen. De vijf flap-overs worden naast elkaar opgehangen. Elk gesprek wordt kort nabesproken en de belangrijkste elementen worden geselecteerd en omcirkeld. De methode van het gesprek is om fenomenologisch onvermoede samenhangen en doorlopende of verbroken narratieve feiten waar te nemen. Het gaat er om onbevangen en zonder te (ver)oordelen waar te nemen: om te zien wat er is, wat er niet is en wat er kan zijn. Door zichzelf zo in essentie op vier manieren gespiegeld te zien, kan vanuit een volle, geïntegreerde identiteitsbeleving de intake-vraag beantwoord gaan worden. Het doel van het gesprek is het bij de ander laten ontstaan van een gevoel van identificatie, van een bevrij-

dend inzicht en een nieuwe duidelijke handelingsrichting of een nieuwe vraag waaraan gewerkt kan gaan worden.⁶⁰

De gesprekkenserie van het vierveldengesprek kan zo als geheel maar ook in onderdelen of in het heel kort ingezet worden om iemand vanuit een eigen vraag met het eigen dagelijkse leven en identiteit te verbinden. Het doel is dan ook dat de gesprekspartner een nieuwe impuls op zich neemt die past en een goede vervolgstap in de biografie vormt. Dit kan ook het vinden van een oplossing voor een probleem in het dagelijks leven. Daarmee is het ook een instrument om op zingevingsvraagstukken een oplossing te vinden in de vorm van een handelingsrichting.

In de inleiding van mijn scriptie op p. 7 voer ik een kort vierveldengesprek aan dat ik met een patiënt had:

- *De intake:* De probleem- en vraagstelling van de patiënt was dat hij de onrust zat was.
- *Het fysieke veld:* Ik vroeg hem mij denkbeeldig mee te nemen naar zijn huis en mij te laten zien wat het huis van hem maakte. Deze vraag werkte niet, maar de vervolgvraag wel: ik vroeg hem naar zijn plek in het huis. Het antwoord was de keukentafel, gewoon, samen met zijn vrienden in gesprek.
- Ik verschoof naar *het zielsmatige veld* om de ontmoeting te bespreken met de vrienden: Wie zijn deze vrienden en waar hebben we het over? Het antwoord was: de pony's. Meneer blijkt een aantal pony's te hebben, en hij verzorgt die heel graag.
- We verschuiven naar *het levenskrachten-veld:* Ik vraag hem hoe dat verzorgen er in de tijd aan toe gaat. De patiënt vertelt over driemaal daags ernaar toe wandelen en wat hij dan allemaal doet en ziet.
- We gaan naar *het ik-veld:* waarom is dit zo belangrijk voor hem? Wat raakt hem zo in de pony's? Waarom zijn het geen koeien of konijnen, maar deze pony's? Het antwoord is simpel: het driemaal daags daarnaartoe gaan en aan het hek in verbinding staan met andere wezens geeft hem rust. We komen de eigenlijke plek van de patiënt op het spoor waar hij een antwoord op zijn behoefte aan rust kan vinden, een bron voor identiteit en bij zichzelf aankomen.
- *De kwintessens-fase* van dit gesprek hoeft nauwelijks meer plaats te vinden: het is de patiënt heel duidelijk dat hij op een of andere manier, vanuit zijn ziekenhuiskamer in verbinding wil blijven met de pony's en waar zij in zijn leven voor staan. De patiënt besluit het thuisfront om een foto van zijn pony's te vragen.

Met dit voorbeeld mag ook duidelijk zijn dat deze methode voor een geestelijk verzorger adequaat kan werken, als manier om binnen de vormgeving van het dagelijks leven ook bronnen voor spiritualiteit te vinden.

Vanuit de coping-theorie bezien, kan in dit gesprek een bredere oriëntatie en evaluatie van het dagelijks leven geboden worden, soms los van de contingente situatie. Maar ook kan de contingente situatie als uitgangspunt gekozen worden (bijvoorbeeld in het fysieke of levenskrachtenveld). Daardoor kan in de kwintessens-fase bewuster een secundaire en tertiaire taxatie uitgevoerd worden, die grondiger verbonden is met het identiteit van de gesprekspartner. In de bespreking van de vier velden komt vaak al een wens tot verandering

⁶⁰ Met als achtergrond "Kenmerk AM-1 - spirituele mens," "Kenmerk AM-2 – morele mens" en "Kenmerk AM-7 – autonome mens."

op gang. Daarom ligt het voor de hand dat in het kwintessens-gesprek de tertiaire taxatie zich vaak naar een vernieuwing van doelen en/of middelen beweegt. Het vierveldengesprek kan daarom een coping-strategie genereren die voor lange termijn werkzaam kan zijn.

par. 4.3: Het drieluik

Het drieluik (het triptychon) wil niet zoals bij het vierveldengesprek, een synchroon, maar een diachroon beeld geven van een thema in iemands leven. Het drieluik, ontwikkeld door Rinke Visser, is op allerlei manieren te tekenen en wordt door de gesprekspartner toegelicht en afgemaakt. Het borduurt voort op de stijl van het triptychon, het altaar-drieluik, waarbij de centrale afbeelding omgeven wordt door twee afbeeldingen. Zij plaatsen de middelste afbeelding in een bijzonder kader en doen bepaalde verbanden en overeenkomsten oplichten. Het is een voorbeeld van wat Steiner “een kunstzinnige wijze van ervaren”⁶¹ noemt, omdat het aan de hand van kleine schetsen onze handelingen bespreekbaar maakt.

Een voorbeeld is de volgende opzet: het drieluik bestaat uit drie simpele schetsen naast elkaar die met elkaar verbonden zijn. De middelste staat letterlijk centraal en laat een bepaald moment en concrete situatie in iemands leven zien: we zien iemand iets doen of ergens zijn. Dat kan een aspect van het nu zijn, maar ook een bepaald belangrijk moment of keerpunt in iemands leven. De twee luiken links en rechts ervan geven een relevante situatie ervoor en erna weer, die met de middelste situatie verbonden zijn.⁶² Wat we in de tekeningen zien is concreet en niet symbolisch en de tekenaar is zelf ook afgebeeld.

De gesprekspartner vertelt vervolgens wat we zien: de beelden worden in hun context van tijd en ruimte geplaatst, en de gesprekspartner vertelt wat hij/zij aan het doen is en wat de stemming is. Duidelijk moet worden waar dit over gaat: elke tekening krijgt vervolgens een titel en de overgangen tussen de situaties worden met een werkwoord benoemd. Tot slot krijgt het geheel een titel, bijvoorbeeld als antwoord op de vraag wat de gesprekspartner zichzelf hiermee wil leren (dan wel: hiervan heeft geleerd).

9 – titel voor het geheel				
5 - titel	7 - werkwoord als scharnier	4 - titel	8 - werkwoord als scharnier	6 - titel
2 – schets van een voorafgaande situatie		1 – schets van een belangrijk moment		3 – schets van een volgende situatie

Figuur 30: mogelijke opzet voor een drieluik

Op de bovenstaande opzet zijn allerlei variaties mogelijk. Zo is het mogelijk om van elk onderdeel een aparte drieluik te maken om patronen preciezer te ontdekken, of om het mid-

⁶¹ Zie hierboven op p. 62.

⁶² Zie “Kenmerk AM-6 – karmische mens.”

delste luik in eerste instantie open te laten als de gesprekspartner juist wil onderzoeken hoe een overgang precies tot stand is gekomen.

Op deze manier wordt vooral zichtbaar wat de gesprekspartner heeft gedaan of doet en hoe en welke beslissingen hij/zij heeft genomen. Maar ook wordt (voor de ander zelf) duidelijk hoe hij/zij omgaat met overgangsmomenten, scharnierpunten in het eigen leven. Het zijn deze momenten waar kansen klaar liggen om gegrepen te worden. In het antroposofisch mensbeeld wordt de oorsprong van deze kansen in de geestelijke wereld gelegd: de mens krijgt allerlei gelegenheden, maar het is aan de vrije mens zelf om die te herkennen en er iets mee te doen. Een centrale vraag in het drieluik is dus: hoe is dit tot stand gekomen en wat is jouw aandeel hierin? Wat raakte je dat je een verandering hebt bewerkstelligt?

Doordat de gespreksmethode om onbevangen, beeldende en karakteriserende taal vraagt, wordt iets zichtbaar wat de diepere wil van iemand is. De oordelen en gevoelens, die iemand heeft maar die ook vaak het zicht op de werkelijkheid belemmeren, blijven zoveel mogelijk achterwege. Het is alsof iemand naar diens eigen toneelstuk kijkt, dat zich door de tijd heen voltrekt. Het kan zijn dat de gesprekspartner hierdoor een diepere verbinding kan leggen met wat iemand bepaalde zaken in het leven doet of wil doen, met diens (voor-geboortelijke) motieven en drijfveren.⁶³

Met deze gespreksmethode worden tijdsprocessen ruimtelijk zichtbaar. Daarmee verliezen we ook het houvast van de chronologie en betreden we een geestelijkere psychische toestand waarin verschillende gebeurtenissen als beelden naast elkaar verschijnen. Priess en Weber-Wied noemen deze ruimtelijke tijdsbeleving ook “ruimte zonder ruimte.” Dit is in de antroposofie als scholingsweg een belangrijke oefening, die Steiner (2008, p. 87) ook als terugblik op de dag aanbeveelt. Het gaat er dan om de dag in tegengestelde volgorde te herinneren, en te constateren wat wij (niet) deden, zonder dit te veroordelen. Hierdoor zetten we onszelf niet in de causale tijdstroom vanuit het verleden, waarin we oorzaak en gevolg herkennen, maar in de tijdstroom vanuit de toekomst, waarin we leren onderscheid te maken tussen resp. onze invulling van een kans en de aangeboden kans zelf.⁶⁴ Zo worden we gewaar op welke manier we met kansen, die zich aan ons voordoen, omgaan.

In deze houding staan positiviteit en onbevangenheid centraal, daarom dat Steiner ze ook opneemt in de zes spirituele basisoefeningen. Bij positiviteit gaat het volgens van Dam (2007, pp. 32-37) om “het volhouden en intensiveren van onze waarneming.” Daarbij gaat het er niet om dat we het negatieve aan een voorwerp, mens of situatie niet onder ogen zien, maar ook oog krijgen voor het positieve, waardoor “vastgelopen situaties weer in beweging kunnen komen.” Daarmee is het niet alleen een gedachte- maar ook een gevoelsoefening, die verborgen kansen doet herkennen en die *vreugde en dankbaarheid* oproepen. Van Dam karakteriseert onbevangenheid als “het spontane vermogen om de wereld als nieuw te beleven.” Het is een oefening om onze al te snelle reactie op een voorwerp, mens of situatie in onze gedachten en handelingen los te laten. We treden *met vertrouwen* de wereld tegemoet, in wat het ons te brengen heeft. Samen vormen de oefeningen van positiviteit en onbevangenheid, zo schrijft van Dam (2007, pp. 51-52), een manier

⁶³ Meer informatie bij (Priess & Weber-Wied)

⁶⁴ Vergelijk wat Steiner “de poort van de maan en de poort van de zon” noemt, op p. 50v.

om oog te krijgen voor ons eigen aandeel - èn dat van de wereld om ons heen - aan onze levensloop.

Wat specifiek antroposofisch aan de bovenstaande methode is, is dat er aandacht en bewustzijn gewekt wordt voor de impuls waarmee iemand dit leven op diens individuele manier vormgeeft. Dit gebeurt niet op een directe (duidende) manier, maar door middel van schetsen en karakteriseren. Zij helpen om afstand te creëren tot situaties en faciliteren een beeldendere manier van denken⁶⁵, waarin het eigen handelen uit het verleden centraal staat. Ook stimuleren zij patroonherkenning en een eigen bereidheid om hier wel of niet iets mee te doen: het handelen in de eigen toekomst.⁶⁶

par. 4.4: Kenmerkende elementen van een antroposofische gespreksmethode

In deze paragraaf vat ik uit de bovenstaande drie antroposofische gespreksmethoden kenmerkende methodische aspecten samen, zodat een profiel ontstaat van een antroposofische gespreksmethode. Deze aspecten zijn specifiek antroposofisch te noemen, zij worden namelijk duidelijk door het antroposofisch mensbeeld beschreven en onderbouwd. Zij zijn terug te vinden in de kenmerken van het antroposofisch mensbeeld dat in par. 3.6: (zie p.54) samengevat werden.

De bovenstaande drie biografische gespreksmethoden delen bepaalde kenmerken:

Kenmerk AGM-1: gebruik van objectivering en verbeelding	Er is aandacht voor het probleem in het hier en nu, maar er wordt ook een bepaalde distantiëring tot en objectivering van de situatie tot stand gebracht. Dit kan gaan om een bepaalde vorm van notatie, verbeelding of karakterisering, waardoor er ruimte is om naar de ingebrachte situatie te kijken. (bij dynamische oordeelsvorming is een vorm van notatie niet noodzakelijk, bij de anderen inherent aan de methode)
Kenmerk AGM-2: toepassing van geïntegreerd holisme	De verschillende menselijke faculteiten (denken-voelen-willen) en dimensies (lichaam – ziel – geest) worden zo gelijkmatig mogelijk aangesproken en met elkaar verbonden: er is aandacht voor de hele mens.
Kenmerk AGM-3: aanspreken van biografische hulpbronnen	Er wordt een dynamische verbinding tot stand gebracht tussen het levensverhaal en de oorspronkelijke hulpvraag. Het eigen levensverhaal, in al haar facetten en dimensies, vormt namelijk een inspiratiebron om tot een oplossing, introspectieve vervolgvraag of anderszins zingevende aanpak te komen. (bij dynamische oordeelsvorming gaat het hierbij meer om aspecten van de eigen identiteit, zoals meningen en waarden, die wel in het levensverhaal verweven zijn)
Kenmerk AGM-4: versterking van de autonomie	De vrijheid van de cliënt wordt gestimuleerd om zelf - met positiviteit en onbevangenheid - de eigen diepere wijsheid in de levensloop te ontdekken en zo zelf autonoom inzichten op te doen en initiatieven te nemen.

Figuur 31: Vier kenmerken van antroposofische gespreksmethoden

⁶⁵ Een beeldende manier van denken is voor Steiner essentieel voor 'imaginatie', één van de drie hogere kenvermogens van de mens. (zie ook par. 3.1: vanaf p. 34)

⁶⁶ Zie "Kenmerk AM-1 - spirituele mens," "Kenmerk AM-2 – morele mens" en "Kenmerk AM-7 – autonome mens."

De kenmerken van het antroposofisch mensbeeld (zoals in par. 3.6: vanaf p. 54 beschreven) hierin te herkennen en hieronder aangegeven.

Overeenkomsten tussen Kenmerk van antroposofische gespreksmethodes en Kenmerk van het antroposofisch mensbeeld (betreffende ziekte)	
“Kenmerk AGM-1: gebruik van objectivering en verbeelding” En “Kenmerk AM-4 – kosmische mens” En “Kenmerk AMZ-3 – multidimensionale omschrijving”	Een beeld, dat het ware wezen van dat waar het naar verwijst, congruent afbeeldt, kan iets van het achterliggende ware wezen onthullen. Volgens Faivre is het element van ‘imaginatie en bemiddeling’ onlosmakelijk met West-Europese esoterie verbonden (zie het derde esoterisch element op p. 29). ⁶⁷
“Kenmerk AGM-2: toepassing van geïntegreerd holisme” En “Kenmerk AM-5 – integrale mens”	Een methode die ‘geïntegreerd holisme’ in de praktijk brengt, past binnen het kader van een visie op ‘integrale ontwikkeling’ (zie p. 41). Het is inherent aan deze visie dat het niet alleen om een (cognitieve) visie gaat, maar om een handelingspraktijk.
“Kenmerk AGM-3: aanspreken van biografische hulpbronnen” En “Kenmerk AMZ-1 – gedifferentieerde pathologie” en “Kenmerk AMZ-2 – salutogenese”	Biografische hulpbronnen’ zijn met opvattingen over ‘salutogenese’ (zie p. 45) verbonden door de visie op de aanspreekbare hulpbronnen en mogelijke veerkracht, maar ook door de opvatting dat ziekte een biografisch moment en context kent (zie het citaat van Saal op p. 44).
“Kenmerk AGM-4: versterking van de autonomie” En “Kenmerk AM-9 – autonome mens”	Een ‘autonomie versterkende’ methode heeft zijn context in de visie van Steiner op het individu en de ‘toekomstgerichtheid’ (zie p. 50) van zijn visie op karma: het gaat niet zozeer om de mens die zijn verleden kent, maar om de mens die (van daaruit) naar de toekomst toe uit liefde en in vrijheid handelt.

Figuur 32: Overeenkomsten tussen de vier kenmerken antroposofische gespreksmethodes en het antroposofisch mensbeeld

Ook geven de bovenstaande gespreksmethodes genoeg ruimte voor de eerder genoemde ethische uitgangspunten van levensbeschouwelijke communicatie, in het bijzonder die rond holistische en spirituele visies als de antroposofie (zie p.54).

Ethische grenzen	Mogelijkheden binnen de genoemde antroposofische gespreksmethodes
Ethische grens 1	De gespreksmethodes bieden een duidelijke methodische vorm, waarbinnen het vraagstuk en de levenssituatie van de patiënt verkend wordt. Diens opvattingen en waarden staan centraal. Dit biedt veel ruimte voor professionele afstand en het bevorderen van de autonomie van de patiënt.
Ethische grens 2	De gespreksmethodes zijn gericht op het verkennen van het levensverhaal van de patiënt. Daarbij kan de counsellor de waardering van de patiënt voor ervaringen zinloosheid goed volgen, maar biedt deze ook door duidelijke vormen mogelijkheden tot herwaardering aan.

Figuur 33: Erkenning van de ethische richtlijnen door de antroposofische gespreksmethodes

⁶⁷ Hier ligt een overeenkomst met wat in de oosters-orthodoxe theologie ‘de ikoon’ genoemd wordt. Een ikoon biedt een venster op de goddelijke waarheid.

Met deze combinatie van kenmerken onderscheidt een antroposofische gespreksmethode zich duidelijk van andere vormen van counseling. Deze kenmerken van gespreksmethode en mensbeeld, aangevuld met ethische richtlijnen, vormen samen ook een duidelijk kader voor andere antroposofische gespreksmethoden. Het gaat daarbij eerder om de vier genoemde kenmerken van antroposofische gespreksmethodes dan de 3 beschreven vormen van gespreksmethodes.

In het volgende hoofdstuk ga ik in op de handelingstheorie van de geestelijk verzorger en hoe hij/zij de antroposofische gespreksmethodes kan plaatsen.

par. 4.5: Pastoraal-theologische bespreking van antroposofische gespreksmethodes

In deze paragraaf zullen we zien of en hoe de vanaf p. 56 genoemde antroposofische gespreksmethodes aansluiten bij de basis van het moderne denken over geestelijke gezondheid, pastoraat en counseling. Ook zien we wat de pastorale kaders zijn, waarbinnen een antroposofische methode moet passen. We zullen praktisch-theologische theorie verbinden met het antroposofisch mensbeeld en de genoemde antroposofische gespreksmethodes.

4.5.1 Pastoraal-theologische kaders

In de rol van geestelijk verzorger wordt door Heitink onderscheid gemaakt tussen de verschillende pastorale functies, in de zin van mogelijke effecten op de gesprekspartner, zoals die bijvoorbeeld door Dijkstra (2007, pp. 78-86) en Menken-Bekius en van der Meulen (2007, pp. 122-123) worden uitgewerkt:

Helen	Het bevorderen van de geestelijke groei en gezondheid
Bijstaan	Het bieden van geestelijke leiding door met de cliënt op te trekken en die te steunen.
Begeleiden	De cliënt kan op grond van de levensbeschouwing keuzes maken en beslissingen nemen en daardoor groeien in zelfstandig geestelijk functioneren.
Verzoenen	De cliënt helpen tot zichzelf te komen, aanvaarding en vergeving te ervaren en in nieuwe relaties te leren leven. ⁶⁸

Figuur 34: Vier pastorale functies van Heitink

Deze effecten van geestelijke verzorging vallen onder 'counseling', omdat zij nu gespiegeld worden aan de gedachten van Carl Rogers en zijn 'client-centered-counseling.' Voor Dijkstra (2007, pp. 90-100) staan de attitudes van de geestelijk verzorger centraal die counseling

⁶⁸ Opvallend is dat deze 4 functies door sommige theologen, zoals Ganzevoort en Visser (2007, p. 69), gepresenteerd worden als agenda's, dus als methodische doelstellingen voor het gesprek. Maar nergens wordt dit zo uitgewerkt. In de beschrijving van Heitink

aanbiedt: echtheid (congruentie en transparantie), onvoorwaardelijke aanvaarding en empathie.⁶⁹

Dijkstra (2007, p. 90) maakt duidelijk dat de concrete aanpak om een pastorale functie te bereiken ook afhankelijk is van de levensbeschouwing van de gesprekspartner. Het hangt er namelijk maar net vanaf hoe iemand aankijkt tegen en waarde hecht aan geestelijke groei (helen), geestelijke leiding (bijstaan), geïnspireerde beslissingen (begeleiden) en (zelf)aanvaarding (verzoenen). Door de diverse manieren waarop mensen met antroposofie omgaan, is hier weinig concreets en objectiefs over te zeggen. Wel is het goed mogelijk dat:

- 'Geestelijke groei' door antroposofen sterk gewaardeerd wordt als integraal deel van het antroposofisch mensbeeld en Steiners pleidooi om de mens als geestelijk ontwikkelende wezen te zien. (zie p. 30v)
- 'Geestelijke leiding' door antroposofen niet als vanzelfsprekend aangenomen wordt: ondanks Steiners autoriteit als geestelijk leider en de grote hoeveelheid geleide bijeenkomsten van de Antroposofische Vereniging, is er onder veel in antroposofie geïnteresseerde mensen een grote waardering voor het autonoom en in vrijheid volgen van een geestelijke scholingsweg en daarmee een afkeer van kerkelijke ambtsdrager die hen vertellen wat zij moeten doen.
- 'Geïnspireerde beslissingen nemen' op een groter draagvlak van antroposofen kan bogen, omdat het integreren van spiritualiteit in de diverse toepassingen van de antroposofie ('werkgebieden') als kern van de eigen identiteit wordt beleefd.
- '(Zelf)Aanvaarding' een zeer gewaardeerd thema is, omdat introspectie en zelfreflectie, maar ook gemeenschapsvorming, hoog in het vaandel van de antroposofie staan.

Voor de precieze pastoraal-theologische aanpak van het gesprek bieden Ganzevoort en Visser (2007, pp. 68-99) aanknopingspunten. Zij onderscheiden verschillende modellen, waarin ook de geestelijk verzorger verschillende gradaties en combinaties van de rollen getuige, helper en metgezel heeft:

- Kerygmatisch en kerkelijk-sacramenteel pastoraat: de geestelijk verzorger vertegenwoordigt als getuige de openbaring en traditie van de kerk. "De pastor is degene die 'weet' en 'heeft', en de gesprekspartner is de behoeftige die op de pastor aangewezen is voor een woord of een handeling van Godswege." (p. 73) Een variant hierop is 'geestelijke begeleiding' die probeert de spirituele dimensie te versterken, maar niet vanuit een ambtelijk kader en een naar asymmetrie neigende verhouding.
- Charismatisch pastoraat: de geestelijk verzorger richt zich op het actief ingrijpen van God in het leven van mensen en het herkennen daarvan. Er is een sterke nadruk op het gebed om genezing en de voorbede van de pastor.
- Therapeutisch pastoraat is gericht op "groei en zelfontplooiing van de persoon door het opheffen van innerlijke blokkades." (p. 80v) Er wordt gebruik gemaakt van psychotherapeuti-

⁶⁹ Opvallend genoeg gaat Rogers met zijn theorie uit van gedachten die verwant zijn aan zelfregulatie en salutogenese (Kenmerk AMZ-2). Dijkstra (2007, p. 78) citeert Rogers als volgt als hij de pastorale functie 'helen' bespreekt: "*Menselijke wezens hebben, net als dieren en planten, een ingeboren stuwkracht in de richting van gezondheid. Er is een voorwaarts bewegende tendens in het menselijk organisme, gericht op groei.*" De notie van de ingeboren stuwkracht is ook te herkennen in wat een van de grondleggers in het denken over geestelijke gezondheid, Han Fortmann, 'veerkracht' noemt, wat later bij Paloutzian terugkomt als 'het kunnen omgaan met problemen.' (Van Uden & Pieper, 1996, pp. 10-11) In de antroposofie wordt dit ook wel ik-kracht genoemd, waarmee duidelijk wordt dat coping een bewuste activiteit van het ik is.

sche en spirituele of theologische inzichten om te duiden, maar zijn ondergeschikt aan het belang en de ervaring van de cliënt.

- Systemisch of contextueel pastoraat richt zich op de positie en rol van de mens in zijn relaties, zoals gezin en familie of woonomgeving
- Evenmenselijk pastoraat: de geestelijk verzorger verhoudt zich gelijkwaardig en wederzijds vertrouwelijk tot de ander en is gericht op bondgenootschap. Deze houding heeft zijn context in de gemeenschap.
- Pastoraat als presentie werkt vanuit beschikbaarheid en ontvankelijkheid naar mensen toe wiens plek in de maatschappij nauwelijks erkend wordt.
- Narratief-hermeneutisch pastoraat: de geestelijk verzorger brengt het verhaal van de ander in contact met de godsdienstige verhalen uit de traditie, zodat een heroriëntatie op of herinterpretatie van het eigen levensverhaal kan plaats vinden.

Het mag duidelijk zijn dat al deze modellen ook vanuit het antroposofisch mensbeeld ingevuld kunnen worden: er zijn genoeg aanknopingspunten bij elk van deze modellen binnen de antroposofie. Er zijn binnen de antroposofie genoeg verhalen die als referentie fungeren, genoeg psychologische interpretaties van het familiale systeem, genoeg gedachten over de innerlijke groei. Ook kan de rol van de geestelijk verzorger zowel meer de vorm van 'een tegenover' als van 'een naaste' aannemen, afhankelijk van of antroposofie (of bijvoorbeeld haar visie op ziekte) meer als iets nieuws gebracht wordt, of meer als iets dat aansluit bij de beleving van de dagelijkse werkelijkheid. Het antroposofisch mensbeeld hoeft hierin dus niet onderscheidend te zijn.

4.5.2 Antroposofische gespreksmethodes en pastorale modellen

In deze alinea wil ik verkennen welke bijdrage de drie vanaf p. 56 genoemde antroposofische gespreksmethodes kunnen leveren aan de bovenstaande pastorale functies en modellen. Zijn zij toepasbaar in een pastoraal gesprek dat op zingeving gericht is? Kunnen zij helen, bijstaan, begeleiden en verzoenen bewerkstelligen? In de volgende paragraaf beschrijf ik overeenkomsten en verschillen tussen de verschillende pastorale modellen en de verschillende soorten pastoraat.

Dynamische oordeelsvorming is erg gericht op het proces van de ander en faciliteert de vraag van de gesprekspartner door begrip en keuze te begeleiden. De vrijheid en autonomie van de ander staan centraal in de vorming van een juist begrip en een goede keuze. Deze gespreksmethode neigt dus naar de pastorale functie van begeleiding, omdat deze het meest op het autonome proces van de ander gericht is. Volgens mij kan dynamische oordeelsvorming de andere functies van helen, bijstaan en verzoenen ook dienen, als er in de vraag van de ander een behoefte hieraan verscholen ligt. Het samen verkennen van een vraag of situatie en vervolgens op zoek gaan naar centrale waardes en oplossingen is een veel beoefende pastorale praktijk, die in dynamische oordeelsvorming veel duidelijker beschreven en geformaliseerd wordt. Hierbij kan ook door de vraagstellingen van de gesprekspartner binnen het model van de lemniscaat geestelijke leiding ervaren worden. Door het gelijkwaardig centraal stellen van het verhaal van de gesprekspartner, zonder dat te interpreteren of in een ander hermeneutisch kader te zetten, is het niet in te zetten bij kerygmatisch of sacramenteel en narratief-hermeneutisch pastoraat⁷⁰. Bij de andere vor-

⁷⁰ Bij de laatste zou dynamische oordeelsvorming het wel gebruikt kunnen worden om het eigen levensverhaal te kennen.

men van pastoraat kan het meer of minder duidelijk gebruikt worden, zolang de vraag en het verhaal van de ander centraal blijven staan. Voor het charismatisch pastoraat kan vooral 'de kenweg' interessant zijn, om de sporen van God in ons leven te herkennen; voor het therapeutisch pastoraat kan 'de keuzeweg' relevant zijn door de introspectieve aspecten.

Het vierveldengesprek heeft sterk narratieve elementen: het levensverhaal wordt in allerlei aspecten verteld en begrepen. Het intake en kwintessensgesprek hebben sterk therapeutische vormen. Het vierveldengesprek kan daarmee (in zijn geheel of op onderdelen) ingezet worden voor begeleiden en verzoenen, omdat het met de drieslag vraag – levensverhaal – impuls werkt. Maar het schetsen van de verschillende velden kan ook behulpzaam zijn in systemisch pastoraat.

Het drieluik kan voor dezelfde vormen van pastoraat gebruikt worden als dynamische oordeelsvorming: alleen voor het kerygmatisch of sacramentele pastoraat kan het weinig betekenen, omdat deze vanuit hun eigen kader werken. Voor het evenmenselijke en presentie-pastoraat kan de vorm van het tekenen ook vervangen worden door een mondelinge beschrijving, om de pastorale relatie op gelijke ooghoogte te houden. Ook voor het charismatisch pastoraat biedt deze vorm kansen om samen te ontdekken hoe God werkt in de scharnierpunten van ons leven. Het drieluik heeft immers mogelijkheden om situaties en keuzes naar verleden, heden en toekomst toe te verkennen. Dit kan bij alle functies ingezet worden, omdat in pastoraat bijna altijd een verkenning en zelfreflectie ingezet wordt.

Kortom, de drie genoemde antroposofische methodes bieden de genoemde pastorale modellen mogelijkheden zolang het proces van de patiënt voorop staat. Voor kerygmatisch of sacramenteel (en ook charismatisch) pastoraat zullen de genoemde antroposofische gespreksmethodes waarschijnlijk minder kunnen betekenen.

Toch wil ik het vierveldengesprek nog verder met de pastorale praktijk vergelijken. Het vierveldengesprek is namelijk in zekere zin ook vergelijkbaar met de pastorale methode die Johan Smit (2006, pp. 34-46) introduceert: hij beschrijft hoe een pastoraal gesprek vier lagen kan kennen: de laag van de feiten, de gevoelens, de levensbeschouwing en de spiritualiteit. Deze lagen verhouden zich als concentrische cirkels tot hun kern: de laag van de spiritualiteit. In een optimaal gesprek komen de verschillende lagen achtereenvolgens langs. Zo ontstaat er steeds meer verbinding met de kern van de mens. Dit is een beweging die ook in het vierveldengesprek te vinden is: van uiterlijke omstandigheden, steeds meer naar innerlijke motivaties.

Een belangrijk verschil met het vierveldengesprek is dat Smit de pastor ook een eigen aandeel aan elke laag laat hebben, waar de biografisch consulent bij het vierveldengesprek zelf buiten beschouwing blijft, meer procesbegeleider is. Een ander belangrijk verschil is dat er bij het vierveldengesprek sterk met verbeelding gewerkt wordt: sommige voorwerpen, gebeurtenissen en idealen worden als beeld gedeeld, zonder ze samen te duiden. Het beeld alleen – een ruimte in je huis, een gewoonte of een droom – heeft op zich zeggingskracht. Het hoeft niet uitgelegd, maar dient (in het beeld) verkend te worden om een aspect van de eigen identiteit te communiceren. Sterker nog, door het beeld te duiden, wordt het van zijn zeggingskracht beroofd. Het beeld is namelijk geen metafoor, dat naar een andere (betekenis-)werkelijkheid verwijst, maar het is de werkelijkheid zelf. In het kwintessensgesprek kan de gesprekspartner zelf, naar eigen inzicht en in vrijheid, verbanden leggen. Het drieluik biedt een vergelijkbare aanpak: door drie momenten in een proces

schetsmatig te verbeelden en deze te karakteriseren, vult de gesprekspartner het beeld zelf met inhoud. Dan kunnen de beelden, uit eigen initiatief, tot een nieuwe impuls worden. Steiner onderbouwt deze aanpak als volgt:

“Met nadruk moet worden gezegd dat wie geestelijk onderzoek verricht, zich niet dient te verliezen in speculaties over de *betekenis* van het één of het ander. Dergelijke verstandelijke inspanningen brengen hem alleen maar van de juiste weg af. Hij moet zich met een frisse, gezonde kijk, met een scherp waarnemingsvermogen op de zintuiglijke wereld richten en zich vervolgens aan zijn gevoelens overgeven. Wat de dingen betekenen moet hij niet zijn speculerend verstand willen uitmaken, hij moet het zich door de dingen zelf laten zeggen. (Opgemerkt dient te worden dat een *kunstzinnige* wijze van ervaren, gecombineerd met een stille, bezonnen aard, het beste uitgangspunt is voor de ontwikkeling van geestelijke vermogens. Die wijze van ervaren reikt immers dieper dan de oppervlakte van de dingen en dringt zo door tot hun verborgen zijde.)” (Steiner, *De weg tot inzicht in de hogere werelden*, 1991, pp. 42-43)

Uit de vergelijking met Smits aanpak, wordt duidelijk, dat bij het vierveldengesprek en het drieluik sprake is van een vorm van narratief pastoraat, in die zin dat het kleine verhaal van het probleem geplaatst wordt in een breder (levens)verhaal.⁷¹ Een verschil hierbij is dat bij het vierveldengesprek de counselor een divergerende en convergerende aanpak aanbiedt: het eerste en laatste gesprek zijn probleem- en oplossingsgericht, de andere gesprekken daar tussenin zijn gericht op bepaalde thema's en hoe die zoal in het bredere verhaal voorkomen. Het gespreksonderwerp is in deze middelste gesprekken niet het gestelde probleem zelf, maar het bredere levensverhaal. Daarmee wordt het zicht op het levensverhaal geactualiseerd, zodat de eigen identiteit voelbaar wordt en een *aanpak* gekozen kan worden die past bij de in het vertelde levensverhaal beleefde identiteit.

Bij de methode van Smit wordt voorgesteld om verschillende aspecten als lagen van een probleem te bespreken. Het hele gesprek is dus in dienst van het uiteindelijke gespreksdoel: het verkennen van het probleem in de laag van de feiten, gevoelens, levensbeschouwing en spiritualiteit. De lagen zijn vergelijkbaar met die van het vierveldengesprek, maar volgens de aanpak van Smit wordt de existentiële verhouding van de mens tot het *probleem* besproken en gevoeld. Er kan stil gestaan worden bij de ervaringen van bijvoorbeeld stilte en onmacht. Het is Smit dus niet te doen om een impuls vanuit alle aspecten van het mens-zijn te laten ontwaken om met het probleem verder te komen, maar om door het probleem ons bewust te worden van onze spirituele omgang ermee.

Dit laatste wil volgens mij niet zeggen dat bij het vierveldengesprek (en het drieluik) de eigen bronnen van spiritualiteit niet aan bod kunnen komen, of wat Smit noemt: “de heilige grond van de ander.” (p.100) Het ik-gesprek is er wel expliciet op gericht om dat wat voor de ander heilig is te benoemen en te ervaren. De echte heilige grond wordt in het kwintessensgesprek samen betreden als de verbanden worden gelegd en gevoeld, inzichten worden opgedaan over wat er aan de orde is, praktische intuïties komen. Dit sluit aan bij de antroposofische gedachte dat we in vrijheid een handeling op ons kunnen nemen als we niet alleen het object, maar ook ons eigen subject doorgronden. Maar het is wel zo dat eigen levensverhaal niet “verbonden wordt met het verhaal van God,” zoals Ganzevoort en Visser (2007, p. 100) het pastorale gesprek omschrijven. Het kan daarbij natuurlijk een vrije

⁷¹ Ganzevoort en Visser (2007, p. 100) beschrijven pastoraat als “een gesprek waarin verhalen worden gedeeld met een ander en worden verbonden met het verhaal van God.”

keuze zijn om ons te laten inspireren door het verhaal van God als dit in het derde en vierde veld voor ons voorkwam.

In dit opzicht is een andere narratieve methode, namelijk die van Tjeu van Knippenberg (2005) interessant. Hij plaatst het vertelde levensverhaal in de spanning tussen tijd (wanneer ben ik?) en ruimte (waar ben ik?), maar ook in de spanning tussen naam (hoe heet ik?) en identiteit (wie ben ik?). In deze dynamiek ziet hij transcendentie ontstaan als de vraag “vanwaar en waartoe ben ik?” Dit vormt een vergelijkbaar oriëntatiemodel op de eigen identiteit en het levensverhaal om het kleinere verhaal van een probleem congruent in actie om te kunnen zetten.

4.5.3 Mogelijkheden van antroposofische gespreksmethodes

Tot slot: bij welke thema's en aspecten van de beleving van ziekte – want dat is de centrale context van deze scriptie - kan een geestelijk verzorger deze drie gespreksmethodes inzetten? In par. 2.2: (vanaf p.12) worden verschillende aspecten van de beleving van ziekte en ziekenhuisopname genoemd: contingentie, verlieservaringen, veranderend perspectief, een veranderende verhouding tot het lichaam, existentiële crisis en zinverlies.

Bij al deze thema's ligt het voor de hand dat het thema van het gesprek (de feiten, de beleving en lading ervan) eerst verkend worden. Zo kan ook aangesloten worden bij de primaire taxatie, waarom een gebeurtenis voor iemand persoonlijk relevant en negatief gewaardeerd wordt. Dynamische oordeelsvorming (die in wezen ook als intake en kwintessens in het vierveldengesprek terug komt) en het drieluik kunnen hier een goede en relevante techniek voor aanbieden.

Het vierveldengesprek biedt een adequate techniek om een specifiek thema te verkennen in hoe het zich nu in het leven voordoet en evt. uit te breiden naar andere aspecten van het leven in tijd en ruimte. Zo kan het gesprek ingestoken worden op een veld dat als urgent beleefd wordt, om daarna speels ook andere elementen te verkennen en uit te komen bij meer levensbeschouwelijke of spirituele dimensies van het leven in het ik-veld. Ik vermoed dat veel geestelijk verzorgers dit ook doen, door (levensbeschouwelijk) diagnostisch te vragen naar de verschillende aspecten van het leven en de beleving ervan. Maar ook kan de waarde van zaken die in het ziekenhuis zo ver weg lijken (huiselijke omgeving, gewoontes, contacten, passies) verbonden worden met wat echt van waarde is (ik-veld): de huidige situatie wordt dan in de eigen context gezien om krachtbronnen aan te boren. Het vierveldengesprek is dan wel door zijn combinatie van convergentie (scherp krijgen van de eigenlijke vraag) – divergentie (exploreren van de levensvelden) – convergentie (terug naar de vraag) opvallend en onderscheidend.

Het drieluik is vooral behulpzaam bij het bespreken van kortere of langere tijdsprocessen. Het kan het verleden, het nu of de toekomst als uitgangspunt nemen, maar ook het eigen aandeel in gebeurtenissen en hun interpretatie ervan helpen scherper te onderscheiden. Daarmee is het in staat om bijv. de gebeurtenissen rond verlieservaringen onder ogen te zien. Maar het kan ook bijdragen aan het onderscheiden wat er nog wel is, of wat nog wel van waarde is. Het is in staat om meer waardering en waarnemingsvermogen te genereren voor de momenten waar activiteit wegvalt. Dynamische oordeelsvorming doet dit iets vergelijkbaars op een synchrone manier. Daarbij heeft het ook de mogelijkheid om naar

een concrete oplossing toe te werken. Als een geestelijk verzorger dit inzet, is het belangrijk te weten of een patiënt ook naar een oplossing toe wil werken.

Samenvattend: de genoemde antroposofische gesprekstechnieken kunnen voor geestelijke verzorging aan zieken (in brede en enge zin) heel bruikbaar en ondersteunend zijn. De gespreksmethodes laten zich vanuit de antroposofie legitimeren. Zij zijn aanpasbaar en inzetbaar voor meerdere vormen van pastoraat en faciliteren meerdere pastorale functies en modellen. Daarbij hoeven zij de achterliggende antroposofische levensbeschouwing niet op te dringen, omdat zij vooral gericht zijn op het proces van de cliënt en niet op de communicatie van levensbeschouwelijke inhoud.

hfd. 5: VERKENNING NAAR FORMULERING VAN GESPREKSVRAGEN

In het vorige hoofdstuk besprak ik een drietal gesprekstechnieken die vanuit het antroposofisch mensbeeld zijn ontstaan. Uit de vergelijking met de bestaande pastorale functies en modellen werd duidelijk dat zij bij kunnen dragen aan zingeving rond ziekte. Nu wil ik de overstap maken naar concrete praktijksituaties waarin het antroposofisch mensbeeld en antroposofische gesprekstechnieken ten behoeve van coping en zingeving rond ziekte ingezet worden. In dit hoofdstuk verken ik dus de vraag:

Hoe hanteren antroposofische zorgverleners antroposofische noties en gespreksmethodieken bij hun professioneel contact met patiënten ten behoeve van coping en zingeving van ziekte?

Voor deze exploratieve verkenning gebruik ik materiaal van vier praktijksituaties, waarbij antroposofische zorgverleners betrokken zijn. Daarvoor heb ik twee (participerende) observaties van een groepsproces (een patiëntbespreking door antroposofische therapeuten en een cursusochtend met een antroposofische arts) en twee inventarisaties van vertrouwelijke gesprekken (door geestelijk verzorgers en antroposofische huisartsen) verricht. Aan het begin van elke observatie of inventarisatie bespreek ik hoe deze tot stand is gekomen. Daarna beschrijf ik de situatie en de interventies van de zorgverleners, zonder op inhoudelijke details van de patiënt in te gaan.⁷² Ook de artsen, therapeuten en geestelijk verzorgers noem ik niet bij naam. Bij elke observatie of inventarisatie stel ik de vragen:

1. *Waaruit bestaat de interventie (counselingsvragen) van de antroposofische zorgverlener(s)?*
2. *Waar en hoe worden hier antroposofische kenmerken en elementen uit de antroposofische gespreksmethodieken zichtbaar?*

Door deze laatste vraag bij de observatie te betrekken wordt duidelijk hoe de werkwijzen hier met het antroposofisch mensbeeld en gespreksmethodes samenhangen. Daarbij maak ik gebruik van de verschillende schema's met kenmerken in par. 3.6: en par. 4.4:

Na de observaties en inventarisaties volgt in par. 5.5: een verkennende bespreking. Ik stel aan elke observatie of inventarisatie drie vragen:

1. *Hoe ziet het proces van coping en zingeving eruit dat door de antroposofische zorgverleners wordt ingezet?*
2. *Welke bijdrage levert het aan een gespreksmodel ten behoeve van coping en zingeving rond ziekte?*
3. *Welke inzichten levert dit op voor hoe geestelijke verzorging met een antroposofische patiënt om kan gaan?*

Het doel van deze exploratieve verkenning is overeenkomstig drieledig:

1. Met deze verkenning wil ik inzicht krijgen in het specifieke van de interventies en counselingsvragen door antroposofische zorgverleners (dan wel: zorgverleners die zich met de antroposofische traditie verbonden weten), zodat er een beeld ontstaat van het gehanteerde proces van zingeving en coping. Ik gebruik hiervoor concepten uit de coping- en zingevingstheorie (hfd. 2: vanaf p. 10).
2. Ook wil ik handreikingen aandragen voor de ontwikkeling van een (levensbeschouwelijk neutraal) integraal gespreksmodel dat de cliënt ondersteunt in het exploreren van zinge-

⁷² Op deze manier probeer ik de privacy van de patiënten te waarborgen.

vingsvragen rond ziekte. Ik gebruik hiervoor concepten van de antroposofische gespreksmethodes en de theorie rond de pastorale handelingspraktijk (hfd. 4: vanaf p. 56).

3. En tenslotte wil ik handreikingen aandragen voor geestelijk verzorgers om in een gesprek met een antroposofische patiënt adequaat te communiceren rond antroposofische gedachten en manieren van omgaan met ziekte, spiritualiteit, zelfreflectie en zingeving. Ik gebruik hiervoor concepten van het antroposofisch mensbeeld (hfd. 3: vanaf p. 29)

In par. 5.5.5 vat ik de resultaten van de verkenningen op deze drie vragen samen. In par. 5.6: volgt dan een overzicht van de vragen die in een gesprek ten behoeve van coping en zingeving rond ziekte gesteld kunnen worden.

par. 5.1: Observatie van een patiëntbespreking

Als deelnemer aan een therapeutengroep observeer ik een patiëntbespreking. De therapeutengroep bestaat uit acht antroposofisch werkende therapeuten, waaronder een (antroposofisch) huisarts, een fysiotherapeut, een muziektherapeut, een kunstzinnig therapeut, een euritmitherapeut⁷³ en een psycholoog. De groep komt één keer in vier tot acht weken bij elkaar om met elkaar te lezen uit antroposofische literatuur, te discussiëren over een bepaald thema of om een casus te bespreken. De patiëntbespreking wordt ingebracht door de huisarts. De bespreking bestaat uit drie avonden: op de eerste avond is de patiënte aanwezig om haar levensverhaal te vertellen, daarna zullen de aanwezigen waarnemingen delen en proberen samenhang tussen de medische biografie en de geleefde biografie te ontdekken. De antroposofische achtergrond van deze vraag is ten eerste dat de huisarts de waarnemingen van de therapeuten waardeert en zo zijn eigen waarnemingen en gedachten wil controleren, dan wel tot een gezamenlijk beeld en diagnose wil komen (“Kenmerk AM-3 – sociale mens”). Ten tweede wordt voor deze aanpak gekozen omdat zo zichtbaar wordt hoe de patiënte zich in haar leven naar haar huidige situatie toe ontwikkeld heeft en er een integraal beeld van haar zichtbaar wordt (“Kenmerk AM-4 – kosmische mens,” “Kenmerk AM-5 – integrale mens” en “Kenmerk AM-6 – karmische mens.”). Om de privacy van de patiënt te beschermen, geef ik geen details over de levensloop, maar ga ik vooral in op het proces, de vraagstellingen en opmerkingen van de therapeuten. De beschrijving volgt mijn aantekeningen en herinneringsverslag van de avonden.

Op de eerste avond ontmoeten we de patiënte. Ze heeft zich voorbereid om haar levensverhaal te vertellen en vertelt vrijuit. Soms wordt er een vraag gesteld om iets langer bij een bepaald aspect van haar leven stil te staan of om naar een nog niet besproken aspect van een gebeurtenis te vragen. Er wordt uit respect niet gevraagd naar details waar zij zelf niet over vertelt. Zo wordt nadrukkelijk “het vertelde en beleefde leven” zichtbaar. Opvallend in de ontmoeting tussen therapeuten en patiënte, vond ik dat de therapeuten hiermee haar kwetsbaarheid tegenover de groep erkenden.

Gedetailleerd vertelt de patiënte zelfstandig in chronologische volgorde over haar jeugd en ouderlijk huis en haar leven als volwassene. De aanwezige therapeuten hoeven

⁷³ Euritmie is een door Steiner geïnitieerde vorm van bewegen, waarbij balans en werkingen van bewegingen op lichaam, ziel en geest centraal staan. Er zijn opvoeringen van, maar ook therapeutische vormen.

haar nauwelijks te stimuleren om verder te vertellen, wat overeenkomt met hun bedoelingen om haar zoveel mogelijk zelf te laten vertellen (“Kenmerk AM-7 – autonome mens”). De patiënte beschrijft de feiten en ontwikkelingen gedetailleerd, haar persoonlijkere mening of beleving laat ze soms achterwege. Tot slot vertelt ze, op uitnodiging, wat haar lievelingsgedicht is. Ook meldt de patiënte aan het einde van de eerste avond dat het voor haar een weldaad was om in zo’n rustige en aandachtige groep mensen haar levensverhaal te mogen vertellen.

De vragen die als interventie gesteld werden om de patiënte meer over een aspect in haar verhaal te laten vertellen, waren:

1. Wat was je eerste herinnering?
2. Wil je iets vertellen over je ouderlijk huis?
3. Hoe kijk je terug op je schooltijd?
4. Hoe en wat at je?
5. Welke kinderziektes heb je gehad?
6. Hoe was je middelbare schooltijd?
7. Vertel eens iets meer over ... (een bepaald orgaan of lichaamsdeel)?
8. Wat raakt je in een bepaalde hobby?
9. Waar ben je enthousiast voor?
10. Wat is een lievelingsgedicht van je?

Vragen die als verhelderingsvragen gesteld werden, waren:

11. Hoe oud was je toen?
12. Hoe was dat voor je?
13. Hoe kwam je bij deze beslissing?
14. Hoe was het voor je om voor deze mensen te zorgen?

In een aantal van deze vragen is een antroposofische context wel hoorbaar, als zij overeenkomen met vragen uit het vierveldengesprek. Zo wordt overeenkomstig het tweede veld gevraagd naar bepaalde medische processen en de kindertijd gevraagd (vraag 2, 3, 4, 5, 6, 7), overeenkomstig het derde veld naar het enthousiasme van de patiënt (vraag 8, 9, 10) en overeenkomstig het vierde veld naar bepaalde beweegredenen (vraag 13).

Wat betreft de aanpak van deze avond, komt deze overeen met de vier kenmerken van antroposofische gespreksmethoden:

- Door het vertellen van het eigen levensverhaal is er sprake van objectivering (“Kenmerk AGM-1: gebruik van objectivering en verbeelding”),
- Door haar levensverhaal en de aanvullende vragen wordt de patiënte voor zichzelf en de zorgverleners in alle dimensies en facetten zichtbaar (“Kenmerk AGM-2: toepassing van geïntegreerd holisme”),
- Door positieve kwaliteiten, vaardigheden, ontmoetingen en gebeurtenissen kunnen biografische hulpbronnen duidelijk worden (“Kenmerk AGM-3: aanspreken van biografische hulpbronnen”).
- En door de grote mate van respect voor de eigen versie van het levensverhaal van de patiënt wordt de eigen autonomie versterkt (“Kenmerk AGM-4: versterking van de autonomie”).

De nabespreking op de volgende twee avonden gebeurt op de volgende manier. Er worden waarnemingen en indrukken op verschillende aspecten van het antroposofisch mensbeeld uitgewisseld. Het gaat dan om indrukken wat betreft lichaamsbouw en gestalte, energie en vitaliteit, emoties, manier van denken, manier van communiceren, enthousiasme, belang-

rijke beslissingen en waardes. (“Kenmerk AM-5 – integrale mens”) Sommige gebeurtenissen in het levensverhaal van de patiënte worden gereconstrueerd en in samenhang gebracht met andere gebeurtenissen in haar leven of met waargenomen manieren van denken en beleven. Dat kan omdat deze gebeurtenissen soms door de waarneming vanuit het antroposofisch mensbeeld met elkaar in verband lijken te staan. Twee aanwezige therapeuten hebben deze zaken voor zichzelf al in een verslag op een rijtje gezet. Als deze gebeurtenissen besproken zijn, blijken er nog een paar vragen te leven over zaken die niet echt duidelijk werden. Of er zijn vragen opgekomen over hoe het toch komt dat de patiënt bepaalde zaken in haar leven op de door haar beschreven manier heeft aangepakt. De afwezigheid van sommige thema’s of gebeurtenissen komt ook langs: ontbreken zij echt in het levensverhaal of worden zij door de patiënte als onbelangrijk of irrelevant geacht? Ook wordt het genoemde lievelingsgedicht gelezen, waarin een samenhang beleefd wordt met het beeld dat de groep van de patiënte heeft. De huisarts neemt het op zich om een enkele zaak nog ter verheldering met de patiënte te bespreken.

Op de laatste avond vertelt de huisarts welke indruk hij heeft van het ziektebeeld van de patiënte, maar niet op het niveau van de ziekte zelf of het ziekteproces, maar op het niveau van de innerlijke voorwaarden en het biografisch moment (zie p. 44). Verder brengt hij een analyse van de onderlinge verhouding van de wezensdelen en polen. Vervolgens beschrijven alle therapeuten wat zij voor deze patiënte kunnen aanbieden als therapie en wordt er een beslissing genomen welke therapievorm op dit moment het beste lijkt te passen bij de diagnose en de belevingswereld van de patiënte en haar geadviseerd zal worden. Ook wordt de verdere betrokkenheid van de groep bij de patiënte voor de nabije toekomst besproken.

De mogelijke effecten van een multi-disciplinair werken met een patiënt doen mij denken aan het belang dat Steiner (Gedichten, spreuken, meditaties, 1991, p. 111) legt bij de verhouding tussen individu en gemeenschap als hij zegt:

“Dit alleen werkt genezend:
als in de spiegel van de mensenziel
de hele gemeenschap ontstaat
en als in de gemeenschap leeft
de kracht van ieder individu.”

Uit het voornemen van de groep therapeuten om, naast een concrete therapeutische aanpak, ook de patiënte de komende tijd in gedachten mee te dragen, blijkt ook hun gevoel van sociale verantwoordelijkheid jegens elkaar en hun spirituele verantwoordelijkheid jegens de patiënte.

par. 5.2: Observatie van een cursusochtend

Ik observeer ook een cursusochtend, geleid door een antroposofisch arts over karma en ziekte. Aanwezig zijn patiënten van het antroposofisch gezondheidscentrum en leden van de lokale antroposofische patiëntenvereniging. Het merendeel is vrouw en ouder dan 60 jaar. Ik maak aantekeningen van het verloop van de ochtend en de onderwerpen die langs komen. Mijn bijzondere aandacht zullen de vragen hebben die de arts de aanwezigen en patiënten in zijn praktijk stelt.

De cursusleider begint de cursus met het belang van de beelden en het proces van de ziekte en het moment in de biografie. Zo zijn er meerdere aspecten in een ziekte, waaronder die van het somatische, het biografische en die van karma. (“Kenmerk AM-5 – integrale mens”, “Kenmerk AM-6 – karmische mens”) Hij benadrukt dat met karma niet schuld of boete vanuit het verleden bedoeld wordt, maar de eenvoudige consequentie van eerdere zaken. Hij stelt de vragen:

1. “Waar komen we vandaan?”
2. “Hoe kom ik aan mijn aanleg?”
3. “Waarom en hoe heb ik dit gekozen?”
4. “Waar wil ik verder naar toe?”

Hierna raakt hij het thema boosheid en maagklachten aan. Als je boos bent, kan de rest van je lichaam hierop reageren: er verandert iets in je ziel, in je houding en tenslotte misschien ook in je fysieke lichaam (“Kenmerk AMZ-1 – gedifferentieerde pathologie”). De cursusleider stelt vervolgens de vraag:

5. “Wat kun je doen om maagklachten te krijgen?”

Het antwoord is boos zijn, je kwaad maken. Een vervolgvraag luidt:

6. “Wat zijn je favoriete onderwerpen om kwaad over te worden?”

Als iemand bijvoorbeeld zich kwaad maakt over zaken die als onwaarschijnlijk beleefd worden, dan werkt de waarde waarachtigheid. Zou het zo kunnen zijn dat iemand niet alleen vanuit liefde voor dit thema maar ook vanuit een voornemen voor dit leven op aarde handelt. Daarmee is deze gevoeligheid tot een zintuig geworden om bepaalde zaken in het leven waar te nemen. Vaak komt dit op een negatieve manier in het leven naar boven, voordat men zich ervan bewust wordt. We worden (door geestelijke machten) beschermd tegen een bewust worden van wat we hier komen doen en wie we waren, als we daar nog niet aan toe zijn (“Kenmerk AM-1 – spirituele mens”). Het is ook de vraag wat de (her)beleving van een bepaalde jeugdsituatie opwekt:

7. “Waarom heb je een bepaalde gebeurtenis op een bepaalde manier beleefd en onthouden?”
8. “Waarom heb je een bepaalde rol op je genomen?”

Het resultaat van zo’n zelfonderzoek kan meer respect en inzicht opleveren naar wat er in jezelf gebeurt, naar wat er buiten je gebeurt en naar het leven zelf toe. Het is belangrijk om bij het onderzoeken van wat ogenschijnlijk toevallig is, voor jezelf na te gaan of het iets is dat jou of een ander raakt en betreft (“Kenmerk AM-2 – morele mens”, “Kenmerk AM-7 – autonome mens”).

De cursusleider vraagt vervolgens de deelnemers om kort een biografie van hun ziektes op te schrijven. Daarna vraagt hij hen iets ervan te delen. Vervolgens begint hij vergelijkbare (op karma gerichte) vragen te stellen, na eerst het moment in de biografie en het ziekteproces bevraagd te hebben (“Kenmerk AMZ-1 – gedifferentieerde pathologie”). Op deze manier komen kinderziektes en vooral longontsteking langs. Volgens hem kun je de volgende vragen, die algemeen en niet direct op de persoon geformuleerd zijn, aan dit onderwerp stellen:

9. “Wat voor ervaring zoekt een kind?”
10. “Wat zoek je daar, wat heb je daar gedaan?”
11. “Hoe heb je die longontsteking gemaakt? Wil je erover vertellen?”
12. “Wat doet koorts?” (het maakt je lichaam schoon)
13. “Wat zit er in de emmer dat die nu overloopt?”

Bij dit gedeelte van het gesprek maakt de cursusleider duidelijk dat als je ziekte als een handeling ziet die een mens aan het lichaam voltrekt (dwz. vanuit het hogere ik) (“Kenmerk AM-1 – spirituele mens”), er veel inzicht te halen valt over je eigen gezondheid en levens-thema’s.

Bij de bovenstaande 13 vragen valt op hoezeer de formulering van veel vragen (vraag 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) een autonome, spirituele mens veronderstelt die op zoek is naar zelfinzicht. Deze mens heeft vanuit een hoger perspectief zelf invloed gehad op het tot stand komen van biografische gebeurtenissen en ziekte (“Kenmerk AM-1 – spirituele mens,” “Kenmerk AM-7 – autonome mens”). Andere vragen onderzoeken de menselijke oorsprong (vraag 1), biografie (vraag 9) en ziekte (vraag 12), waarnaar iemand toekomstgericht streeft of streefde (vraag 4, 5). Ook wordt een enkele vraag (vraag 13) beeldend verwoord (“Kenmerk AMZ-3 – multidimensionale omschrijving”). Met het oog op het drievoudig karma⁷⁴ (“Kenmerk AM-6 – karmische mens”), stelt de cursusleider vragen naar:

- hoe een ziekte vanuit een bepaalde aanleg (vraag 2) of patroon (vraag 3, 5) is ontstaan (biologisch karma),
- hoe een ziekte vanuit een bepaalde voorkeur (vraag 6, 7, 8, 9, 10) is ontstaan (psychosociaal karma) en
- hoe een ziekte eigenlijk een gezonde actie is vanuit het lichaam en het hogere ik (vraag 11, 12, 13) (biografisch karma).

In de aanpak van de cursusleider zijn de kenmerken van de antroposofische gesprekstechnieken ook terug te vinden:

- “Kenmerk AGM-1: gebruik van objectivering en verbeelding” is vooral terug te vinden in hoe de vragen een perspectief stimuleren waarbij de aanwezige de levensloop en de eigen omgang met situaties in het leven beschouwt.
- “Kenmerk AGM-2: toepassing van geïntegreerd holisme” is te herkennen in de vragen waarin ziekte, persoonlijke voorkeuren en keuzes (lichaam, ziel en geest) met elkaar samenhangen.
- “Kenmerk AGM-3: aanspreken van biografische hulpbronnen” is verweven in alle vragen, die namelijk allemaal op zelfinzicht gericht zijn. Hierdoor kunnen levensgebeurtenissen een bron van zelfkennis openen.
- “Kenmerk AGM-4: versterking van de autonomie” is hier direct aan verbonden, omdat de vragen de autonomie van de aanwezige moeten versterken om zelf inzichten op te doen en vandaaruit initiatieven te ontplooiën.

par. 5.3: Inventarisatie onder antroposofische geestelijk verzorgers

Via een contact benader ik drie (vrouwelijke) geestelijk verzorgers, waarvan ik gehoord heb dat zij in minder of meerdere mate met antroposofie sympathiseren. Ik vraag hen om mij een opname of aantekeningen van twee of drie gesprekken te doen toekomen: ik zou namelijk graag willen weten welke vragen zij stellen en hoe zij die precies formuleren. Ik bied naast een korte vraag per e-mail ter verkenning, ook een uitgebreidere brief aan met een uitleg over mijn onderzoek, de mogelijkheden wat betreft de overdracht van de gevraagde

⁷⁴ Zie voor de drie soorten karma p. 48.

informatie en privacy van de patiënt (zie Bijlage B - Onderzoeksbrief, vanaf p. 111). Ik beschrijf hieronder het contact met elk van hen en de vragen die ik bij één van hen heb mogen inventariseren. Ik gebruik daarvoor de mails en aantekeningen tijdens de telefoongesprekken van het contact.

De eerste geestelijk verzorger die ik benader, ken ik ook zijdelings van de Antroposofische Vereniging. Ik heb gehoord dat zij met een antroposofische studiegenoot goede gesprekken gehad heeft waarin antroposofische gedachten en begrippen gehanteerd werden. Ik verwacht daarom dat zij serieus op deze vraag ingaat. Zij schrijft terug dat zij niet antroposofisch werkt, maar algemeen en christelijk. Ik mail haar een brief met de onderzoeksvraag, omdat zij zegt geen opnames te willen maken en geen tijd heeft voor het schrijven van een verbatim (waar ik niet om vraag). Daarin stel ik dat zij ook alleen de door haar gestelde vragen mag opschrijven. Daarop antwoordt zij uitgebreider dat zij niet antroposofisch werkt of dito vragen stelt en dat dat in haar ogen niet belangrijk is: er bestaan geen standaardvragen. Zij suggereert mij stage te lopen in de geestelijke verzorging (wat ik al gedaan heb) om te ervaren dat zij gelijk heeft. Verder telefonisch contact wijst zij af.

Een tweede contact verloopt vergelijkbaar, maar wel met een telefonisch contact over mijn onderzoeksopzet en haar identiteit en verhouding tot antroposofie. De geestelijk verzorger noemt zichzelf humanistisch, met katholicisme vanuit de opvoeding en een beetje antroposofie vanuit interesse. Mijn onderzoek vindt zij interessant, omdat zij waardering voor de antroposofie en het antroposofisch mensbeeld heeft. Zo zet zij beelden en symbolen in de stilteruimte in en kan die vanuit de antroposofie aan bepaalde christelijke feesten koppelen. Maar zij vindt ook dat men vanuit de antroposofie te rigide in zingevingsvraagstukken is. Ook heeft zij er moeite mee om antroposofisch ingekaderd te worden. Die moeite gaat zover dat zij zich afvraagt wat de meerwaarde van een antroposofisch geestelijk verzorger zou zijn. Een week na dit telefoongesprek benader ik de geestelijk verzorger nogmaals per e-mail, omdat zij nog denktijd nodig had. Zij wil niet op het onderzoek ingaan, omdat ik haar vragen op hun antroposofisch gehalte zou willen analyseren. De geestelijk verzorger schrijft het mensbeeld en de levensbeschouwing van de patiënt belangrijker te vinden dan de eigen.

De derde geestelijk verzorger heeft vergelijkbare vragen als de eerste twee, maar neemt wel uit zichzelf telefonisch contact op. Zij zegt bepaalde gedachtegangen van de antroposofie 'wel aardig' te vinden, maar vooral te willen luisteren naar wat mensen vertellen en daarbij te willen aansluiten. Haar eigen levensbeschouwing komt bijna nooit expliciet tijdens het patiëntcontact ter sprake. Zij is wel bereid om twee gesprekken van dezelfde dag te refereren, zodat ik vragen op kan schrijven die zij vandaag stelde en die bij haar passen. De vragen bij het eerste gesprek luiden:

1. Voor uw ziekte was u altijd gezond?
2. En u vaart wel bij de medicijnen? Hebben ze bijwerkingen?
3. Heeft u eraan gedacht, doordat u altijd voor anderen zorgde, dat het voor hen fijn is om eens iets terug te doen?
4. Hoe houdt u zich geestelijk staande in deze situatie?
5. Hoe kijken de kinderen naar uw situatie?
6. U moet wel kijken: waar heeft u iets aan?

En bij het tweede gesprek:

7. Wat dacht u dat ze met u van plan waren?
8. Had u van tevoren gedacht dat het zo zou kunnen zijn?
9. Zou het u uitmaken als u wist van wie u het orgaan hebt gekregen?
10. Zou u een brief willen schrijven?
11. Weet u nog dat u vastgebonden was?
12. Hoe was de bijna-doodervaring voor u?
13. Hoe is de periode op de intensive care geweest?
14. Hebt u nog mooie of nare beelden gehad? Hebt u nog hallucinaties gehad?

Deze vragen zijn globaal genomen de soort vragen die zij stelde. In hen zijn geen kenmerken van het antroposofisch mensbeeld te herkennen: zij vragen vooral naar de belevingen en gevoelswaarde van bepaalde ervaringen van de patiënt.

par. 5.4: Inventarisatie onder antroposofisch huisartsen

Van de zes antroposofische huisartsen, die ik net als de geestelijk verzorgers, met een brief (zie Bijlage B - Onderzoeksbrief, vanaf p. 111) heb benaderd, hebben er uiteindelijk vier gereageerd. Ik heb hen benaderd met de vraag welke vragen zij stellen, en hen daarbij uitgelegd dat ik vooral geïnteresseerd ben in hoe zij vanuit hun antroposofische identiteit vragen stellen waardoor zingeving mogelijk wordt. Uit de gespreksweergaven en aantekeningen van hun vragen, gaan een aantal in op zingevingsvraagstukken, maar ook op de context en beleving van de ziekte. Ook klinkt soms iets van een antroposofisch mensbeeld of gesprekstechniek erin door. Deze hierop geselecteerde vragen geef ik hieronder weer. De overige vragen zijn vooral op het lichamelijk welbevinden gericht en meer medisch van aard: deze vermeld ik hier niet.

Arts 1 (man): uit 2 gesprekken:

1. Zijn er speciale redenen waarom de klachten nu erger zijn geworden, denk je?

Arts 2 (vrouw): gesprek 1

2. Ik merk dat er van alles hoog bij je zit? Wil je daar wat over kwijt?
3. Zou het denk je kunnen dat daarom nu juist die hartkloppingen optreden?
4. Heb je nog dingen ontdekt waardoor het erger wordt?
5. Hoe voelt het precies, kun je het kloppen met je hand/ aangeven?
6. Nu je dit weet, is dat voldoende? Of wil je nog een stapje verder?

Arts 2 (vrouw): gesprek 2

7. Wat voor hulp zoek je/ wat is precies je vraag?
8. Heb je zelf een idee waarom het nu zo lang duurt?
9. Wil je dan algemene ondersteuning van je weerstand tegen oa virussen of eerder ondersteuning van je middengebied (in de zin van gevoelsleven) om in je eigen kracht/ bij je eigen wijsheid te blijven in dit proces?

Arts 2 (vrouw): gesprek 3

10. Als je wilt kun je astma klachten ook zien als dat de balans verstoord is tussen je voedende kant/ ontspanning en steeds maar te actief/ overalert (moeten) zijn. Als ik je verhaal zo hoor, hoor ik daar wel wat van. Hoe zie je dat zelf?
11. Zullen we later verder bespreken wat kan helpen om gezonder verder te gaan?
12. En wat kun je deze week al aan rust "voeding" doen?

Arts 3 (man): gesprek 1:

13. Wat zou u het liefste willen na dit mogelijk acuut hartinfarct?
14. We zouden twee dingen kunnen doen: a) u met de ambulance naar het ziekenhuis en daarmee evt. uw leven redden, of b) uw lot in de handen van de Heer leggen. Hoe denkt u dat de dood eruit ziet?

Arts 3 (man): gesprek 2:

15. Lukt het u om alles wat er gebeurt en gebeurd is een plekje te geven?
16. Heeft u het gevoel dat dit u zomaar allemaal overkomt of heeft het ook iets met u zelf te maken / past het bij u?
17. Mensen kunnen daarbij ook het gevoel hebben dat de dingen op hun pad komen om er iets van te kunnen leren, is dat voor u ook zo?
18. Dus er zit voor u ook zinvolle kant aan uw situatie?

Arts 3 (man): vaak voorkomende gespreksvragen:

19. Dus dit proces waar u nu in terechtgekomen bent, biedt ook kansen?
20. Spelen er op de achtergrond nog bijzondere dingen mee?
21. Heeft u een relatie tot de antroposofie?
22. Past het bij u dat ... ?
23. Er zijn grofweg twee soorten mensengroepen: de ene groep lijkt op hun levensweg in alles te worden geholpen, de andere groep lijkt alles te moeten bevechten. U behoort tot de laatste groep?
24. Zit u momenteel op uw plek?
25. Heeft u een omgang met deze beperkingen kunnen vinden?
26. Heeft uw kind dan niet juist een goede beschermengel?

Arts 4 (man): vaak voorkomende gespreksvragen:

27. Heeft u het idee heeft dat de betreffende ziekte of aandoening te maken heeft (zou kunnen hebben) met dingen die u in het verleden niet "goed" heeft gedaan? "Zie je wel, dit overkomt me natuurlijk omdat"....
28. Hebt u eerdere ervaringen waarbij een ziekte of ongeval nadien een louterend of sterkend effect bleek te hebben in of na die periode?
29. Heeft u wel eens ervaren dat het leven na een ingrijpende gebeurtenis een onverwachte wending nam?
30. Zijn er na zo'n ingrijpende gebeurtenis wel eens dingen van de grond gekomen die tevoren altijd bleven liggen?
31. In hoeverre zijn er na zo'n gebeurtenis heimelijk gekoesterde wensen nadien wel in vervulling gegaan?
32. Is het wel eens gebeurd dat na een ernstig conflicterende situatie er ineens een doorbraak was in een richting die tevoren niet door u voor mogelijk werd gehouden?
33. Zijn er kort voor het overlijden van een dierbaar iemand, of tijdens een ernstige ziekte op eens dingen besproken waar tot dan toe een taboe op rustte en die voor een grote ommekeer in de onderlinge verhouding hebben gezorgd?

Ik heb geprobeerd om de eerder beschreven kenmerken en gespreksmethoden in de bovenstaande vragen rudimentair te herkennen, en het resultaat lijkt als volgt:⁷⁵

Kenmerken	Vragen door artsen gesteld			
	Arts 1 (1 vraag)	Arts 2 (11 vragen)	Arts 3 (14 vragen)	Arts 4 (7 vragen)
“Kenmerk AM-1 – spirituele mens”		Vraag 9, 12	Vraag 17, 18, 19	Vraag 28
“Kenmerk AM-2 – morele mens”		Vraag 9	Vraag 17, 18, 19	Vraag 27, 28
“Kenmerk AM-3 – sociale mens”				
“Kenmerk AM-4 – kosmische mens”			Vraag 26	Vraag 29, 31
“Kenmerk AM-5 – integrale mens”	Vraag 1	Vraag 2, 3, 4, 8, 9, 10	Vraag 16, 20, 22, 23, 24	Vraag 27 - 33
“Kenmerk AM-6 – karmische mens”		Vraag 3, 10	Vraag 16, 17, 23	Vraag 27 - 33
“Kenmerk AM-7 – autonome mens”		Vraag 3, 4, 9	Vraag 16, 25	Vraag 28, 30
“Kenmerk AMZ-1 – gedifferentieerde pathologie”	Vraag 1	Vraag 2, 3, 4, 10	Vraag 16	Vraag 27
“Kenmerk AMZ-2 – salutogenese”		Vraag 9, 11	Vraag 13, 15, 17, 19	Vraag 28 - 33
“Kenmerk AMZ-3 – multidimensionale omschrijving”			Vraag 24	
“Kenmerk AGM-1: gebruik van objectivering en verbeelding”			Vraag 17, 23	Vraag 27 - 33
“Kenmerk AGM-2: toepassing van geïntegreerd holisme”		Vraag 3, 4, 10, 11	Vraag 15, 16, 20, 21, 22, 24, 25	Vraag 27 - 33
“Kenmerk AGM-3: aanspreken van biografische hulpbronnen”	Vraag 1	Vraag 2, 3, 8, 11, 12	Vraag 17, 18, 19, 25	Vraag 28 - 33
“Kenmerk AGM-4: versterking van de autonomie”		Vraag 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12	Vraag 13, 14, 17, 18, 19, 22, 26	Vraag 27 - 33

Figuur 35: Overeenkomsten tussen kenmerken van het antroposofisch mensbeeld (betreffende ziekte) en antroposofische gespreksmethoden en de vragen die artsen stellen.

Uit een telling wordt duidelijk welke vragen op meerdere vlakken tegelijk werkzaam zijn. De onderstaande vragen scoren het hoogst:

Vraag 28:	10 elementen	(5AM – 1AMZ – 4AMG)
Vraag 30:	8 elementen	(3AM – 1AMZ – 4AMG)
Vraag 31:	8 elementen	(3AM – 1AMZ – 4AMG)

⁷⁵ Alleen vraag 5 bevat bij nader inzien geen enkel element van de beschreven kenmerken, deze heeft een diagnostisch karakter. Verder wordt “Kenmerk AM-3 – sociale mens” niet teruggevonden: het antwoorden van de vragen richt zich niet op een met derden gevonden antwoord.

Vraag 3:	7 elementen	(3AM – 1AMZ – 3AGM)
Vraag 17:	7 elementen	(3AM – 1AMZ – 3AMG)
Vraag 27:	7 elementen	(3AM – 1AMZ – 3AMG)
Vraag 32:	7 elementen	(2AM – 1AMZ – 4AMG)
Vraag 33:	7 elementen	(2AM – 1AMZ – 4AMG)
Vraag 9:	6 elementen	(4AM – 1AMZ – 1AMG)
Vraag 29:	6 elementen	(1AM – 1AMZ – 4AMG)
Vraag 4:	5 elementen	(2AM – 1AMZ - 2AMG)
Vraag 10:	5 elementen	(2AM – 1AMZ – 2AMG)
Vraag 19:	5 elementen	(2AM – 1AMZ – 2AMG)

Figuur 36: Overzicht van de vragen die de meeste kenmerken (AM, AMZ en AMG) als element bevatten.

Vraag 28 (“Hebt u eerdere ervaringen waarbij een ziekte of ongeval nadien een louterend of sterkend effect bleek te hebben in of na die periode?”) lijkt op 10 onderdelen te scoren en wil ik daarbij als voorbeeld toelichten.

“Kenmerk AM-1 – spirituele mens”	<i>De vraag veronderstelt door de woorden “louterend of sterkend effect” dat de mens een spirituele of ethische ontwikkeling kan doormaken.</i>
“Kenmerk AM-2 – morele mens”	<i>De vraag veronderstelt door de woorden “louterend of sterkend effect” dat de mens een spirituele of morele ontwikkeling kan doormaken.</i>
“Kenmerk AM-3 – sociale mens”	Er is geen sprake van gemeenschapsvorming in het mensbeeld.
“Kenmerk AM-4 – kosmische mens”	Er klinkt in de vraag geen kosmische dimensie door.
“Kenmerk AM-5 – integrale mens”	<i>De vraag kan een holistische samenhang veronderstellen.</i>
“Kenmerk AM-6 – karmische mens”	<i>De vraag veronderstelt dat de mens aan verschillende invloeden in het leven onderhevig is.</i>
“Kenmerk AM-7 – autonome mens”	<i>De vraag veronderstelt dat de mens vrij is.</i>
“Kenmerk AMZ-1 – gedifferentieerde pathologie”	De vraag gaat niet in op het ontstaan van de ziekte.
“Kenmerk AMZ-2 – salutogenese”	<i>De vraag verkent de mogelijkheid voor eigen krachtbronnen die met de ziekte verbonden zijn.</i>
“Kenmerk AMZ-3 – multidimensionale omschrijving”	De vraag formuleert ziekte niet multidimensionaal.
“Kenmerk AGM-1: gebruik van objectivering en verbeelding”	<i>De vraag stimuleert het afstand nemen tot de ziekte, door naar een eerdere ervaring te vragen.</i>
“Kenmerk AGM-2: toepassing van geïntegreerd holisme”	<i>De vraag spreekt de hele mens aan.</i>
“Kenmerk AGM-3: aanspreken van biografische hulpbronnen”	<i>De vraag spreekt eerdere levenservaringen als hulpbron aan.</i>
“Kenmerk AGM-4: versterking van de autonomie”	<i>De vraag roept op om de eigen levensloop te verkennen</i>

Figuur 37: Toelichting op de herkende kenmerken van vraag 28.

In sommige gesprekken zijn ook elementen van de eerder genoemde antroposofische gesprekstechnieken terug te vinden, vooral als het gaat om dynamische oordeelsvorming. Zo gaat arts 2 in haar eerste gesprek een omgekeerde kenweg: van emoties (vraag 2) naar mening (vraag 3), naar waarneming (4 en 5). Op deze manier brengt ze de psychische klacht

terug naar (de context van) de somatische klacht. In haar tweede gesprek laat zij de patiënt eerst de hulpvraag formuleren (vraag 7), daarna verkent zij de eigen mening (vraag 8) en sluit ze af met een keuze uit twee oplossingen die uit twee verschillende waarden voort komen, namelijk ondersteuning van de weerstand of de eigen wijsheid (vraag 9). Arts 3 heeft een vergelijkbare aanpak als hij eerst de behoefte verkent en daarna een keuze uit twee oplossingen voorlegt. Het spreekt voor zich dat deze aanpak niet exclusief bij de dynamische oordeelsvorming hoort, maar wordt wel zo door haar beschreven.

par. 5.5: Bespreking van de observaties en inventarisaties

Na de beschrijving van deze observaties en inventarisaties, wil ik deze nu bespreken aan de hand van de drie eerder gestelde vragen.

1. *Hoe ziet het proces van coping en zingeving eruit dat door de antroposofische zorgverleners wordt ingezet?*
2. *Welke bijdrage levert het aan een gespreksmodel ten behoeve van coping en zingeving rond ziekte?*
3. *Welke inzichten levert dit op voor hoe geestelijke verzorging met een antroposofische patiënt om kan gaan?*

5.5.1 Verkenning 1

De patiëntbespreking (vanaf p. 77) maakt - misschien onbedoeld, maar toch zeker – deel uit van een proces van coping en zingeving. Het gesprek was immers formeel gezien niet op zingeving door de patiënte zelf gericht, maar op de beeldvorming en diagnose door de therapeuten. Toch kan het goed zijn dat er zich, waarschijnlijk al voordat de bespreking begon was, een zingevingsproces heeft ingezet: de patiënte heeft haar levensverhaal voorbereid.

Opvallend in de hierboven - in dit specifieke gesprek – gestelde vragen vind ik:

- dat de therapeuten de patiënte relatief weinig interveniërende vragen stellen;
- dat sommige vragen duidelijk een aanzet geven om over een bepaald onderwerp of aspect op gang te komen (vraag 1, 2, 4, 5, 7, 10);
- dat er voorzichtig en rustig uitgenodigd wordt om iets te vertellen (vraag 2, 7);
- dat er veel gevraagd wordt naar beleevingsaspecten en waardering van bepaalde gebeurtenissen, omdat de patiënt dit vanuit haarzelf vaak achterwege laat in haar verhaal (vraag 3, 6, 8, 9, 11, 12, 14);
- dat er niet vaak gevraagd werd naar de achterliggende waarden, overtuigingen en spirituele bronnen van waaruit zij bepaalde keuzes in haar leven maakte (alleen vraag 13);
- dat de vragen weinig gekleurd lijken door een achterliggend mensbeeld.

Om gelijk op de laatste waarneming in te gaan: het is wel zo dat vragen zelf ook richting geven en gesteld worden vanuit een bepaalde interesse of een gemis aan een bepaald aspect of thema. Ook worden de vragen gesteld vanuit een – niet naar de patiënt expliciet uitgesproken - waardering van een bepaald mensbeeld en een bepaalde methodiek. Toch zijn deze vragen niet heterogene ‘vragen op het eigen spoor’ te noemen, maar borduren zij voort op eerder gedane opmerkingen van de patiënte en blijven zij binnen het vocabulaire van de patiënte. De vragen gingen bijvoorbeeld niet op een betekenis van bepaalde ziektes of gebeurtenissen in voor de rest van haar leven of identiteit. De therapeuten bleven gedu-

rende het hele gesprek ook trouw aan de visie op zaken door de patiënte: er worden geen vragen gesteld die op een herwaardering van haar situatie gericht zijn. Op de manier maken de therapeuten voor de patiënte ruimte voor een soort verbeelding van haar levensverhaal. Hiermee blijven zij ook binnen beide ethische grenzen, namelijk die van het niet-opdringen van een ander mensbeeld en het respecteren van ervaringen van zinloosheid (zie p. 54v).

Ook al waren de vragen bedoeld om de patiënt het levensverhaal (verder) te laten vertellen, toch dragen zij – binnen de bredere interventie van de uitnodiging tot het levensverhaal zelf - wel bij aan een proces van zingeving. Zo lijkt het ook dat de aanwezige groep - door samen met haar deze objectivering van haar leven waar te nemen - haar op deze manier steunde en stimuleerde om naar het eigen leven als bron van zingeving en gezondheid te kijken en later misschien zelf een nieuwe impuls te ontwikkelen.

De patiënte maakt verder - met haar slotopmerking over haar waardering van deze kans als 'weldaad' - duidelijk dat zij het vertellen van haar levensverhaal waardeert als een zinervaring. Dit kan geïnterpreteerd worden als een bevrediging van haar behoefte aan aandacht, die wel erg menselijk is, maar op de avonden niet in pathologische zin benoemd wordt. Ik stel me dus voor dat het vertellen zelf al voor haar zingevend is geweest in de zin van het mogen ordenen en overzicht krijgen. Misschien heeft zij ook nieuwe verbanden kunnen leggen en nieuwe inzichten opgedaan, wat door Moos en Davis Tsu als zevende vaardigheid genoemd wordt als het "vinden van een algemeen doel, patroon of betekenis" en door Pargament als "spirituele activiteit".⁷⁶ De insteek van de therapeuten is geweest dat zij de patiënte met haar verhaal respecteren en haar haar eigen coping-doelen en middelen laten behouden, maar het kan goed zijn dat er voor haar zelf toch iets verandert is. Het zou interessant zijn te weten hoe de patiënte terug kijkt op deze avond en haar te vragen wat voor haar de functie van deze avond is geweest.

Vanuit deze opmerkingen wordt duidelijk dat de therapeuten niet alleen zelf een fase van beeldvorming zijn ingegaan, maar dit ook bij de patiënte stimuleren. Hun vragen zijn gericht op situaties en processen in het verleden en de toenmalige beleving en motivatie. Het effect daarvan is dat de patiënte terug kan komen op de 'primary appraisal' van de situatie – in dit geval het vertelde levensverhaal. Zo kan zij deze – zonder verdere oordeelsvorming - opnieuw in kaart te brengen en beoordelen naar betrokkenheid, evaluatie en oriëntatie.⁷⁷ Het "Kenmerk AGM-1: gebruik van objectivering en verbeelding" werd hier zo ingezet dat het verhaal door haar feitelijke weergave ontdaan werd van de emotionele ladingen en motivaties van later en nu. Daarnaast werden de omstandigheden, de evaluaties en motivaties van destijds in herinnering gebracht in het kader van het "Kenmerk AGM-2: toepassing van geïntegreerd holisme". Zonder dit expliciet te benoemen, doet de patiënte dit met de diagnostische onderzoeksvraag van de therapeuten naar wie zij is en wat haar mankeert op de achtergrond. De patiënte heeft deze vraag zelf ook in het bewustzijn, maar wel met een eigen existentiële en zingevende kleur. Op deze manier spelen de kenmerken "AGM-3: aanspreken van biografische hulpbronnen" en "AGM-4: versterking van de autonomie" een cruciale rol om het beladen en veel besproken leven van de patiënte aan haarzelf terug te geven, zodat zij er opnieuw zelfstandig zin aan kan beleven. Het is daarbij aan haar om in-

⁷⁶ Zie p. 21 en 25v.

⁷⁷ Zie p. 17.

dien nodig nieuwe zingevende middelen en doelen te ontdekken en vorm te geven.⁷⁸ De therapeuten zetten dit vervolgens om in een visie op medisch en therapeutisch handelen dat gericht is op salutogenese (Kenmerk AMZ-2).

Deze patiëntbespreking kan voor een geestelijk verzorger duidelijk maken dat het beschrijvend verkennen van een relevante situatie in het heden of verleden de ander de kans geeft om deze situatie in alle oorspronkelijkheid opnieuw te beleven. Deze visie sluit aan bij de beeldvormende methodiek van 'het drieluik' (vanaf p. 65) met de daar beschreven centrale houdingen van positiviteit en onbevangenheid. Vanuit de methodiek van 'dynamische oordeelsvorming' (vanaf p. 56) bezien, kan dan in een volgend gesprek een evaluerende verkenning vanuit het nu plaats vinden, gevolgd door een gesprek over waarden en misschien zelfs mogelijkheden en oplossingen. Als in de fase van de beeldvorming ook al naar meningen en levensbeschouwelijke achtergronden en bronnen gevraagd wordt, dreigt de kans verloren te gaan om de situatie opnieuw – vanuit het heden – te bezien en te beoordelen.

Naar het pastoraat vertaald kan dit inhouden, dat door zo ruimte en stilte te nemen om bij zichzelf en God terug te komen, de geestelijk verzorger op de pastorale functie kan sturen om zich met de situatie te 'verzoenen'. Ook kan de geestelijk verzorger meerdere fasen en vraagstellingen onderscheiden, of zelfs voorstellen, en zo regelmatige, korte gesprekken gefundeerd een eigen kleur geven. Dit kan telkens afgewisseld worden met wat de nacht aan inspiratie kan brengen, door bijvoorbeeld het gesprek telkens voorlopig af te sluiten met een gebed om aanvaarding en inzicht. Zo wordt, om met Smit (zie p. 72) te spreken, ook telkens de laag van de spiritualiteit gedeeld en gezamenlijk de heilige grond van het gebed betreden.

Voor de geestelijke zorg voor antroposofische patiënten kan de bovenstaande patiëntbespreking duidelijk maken, dat het zinvol is om bij de patiënt af te tasten of hij/zij een beeldvormend of ook een oordeel vormend gesprek wil hebben. Het afwijzen van een oordeel vormend gesprek hoeft niet begrepen te worden als een afwijzing van pastorale competentie, maar kan daarbij ook gezien worden als een behoefte aan een meditatieve, verstilde beeldvormende benadering van het eigen verhaal. De gesprekspartner kan de patiënt daarbij stimuleren om zich, met Steiner (zie p. 73) te spreken,

“met een frisse, gezonde kijk, met een scherp waarnemingsvermogen op de zintuiglijke wereld te richten en zich vervolgens aan zijn gevoelens over te geven.”

Daarbij kan bijvoorbeeld ter afsluiting een gedicht of bijbeltekst uitgesproken worden die de kwaliteit van het onbevangen waarnemen, de verwondering en het aanvaarden van de gegeven situatie verwoordt. In deze context kan bijvoorbeeld 'de dis' uit Psalm 23 als een gedekte tafel begrepen worden met de in het leven vergaarde en van God gekregen rijkdom en genade, die de mogelijkheid tot (spirituele) communie met God in zich dragen.⁷⁹

⁷⁸ Zie p. 26v.

⁷⁹ Zie Frieling (1994, pp. 169-170) en Benesch (1987, pp. 32-43)

5.5.2 Verkenning 2

Naar wat ik uit de cursusochtend (vanaf p.79) opmaak, probeert de cursusleider bij te dragen aan een proces van zelfreflectie en zelfinzicht bij de aanwezigen. Hij doet dit door hen vragen te stellen van algemene en persoonlijke aard omtrent ziekte, gezondheid, karakter, persoonlijkheid en biografie. Het gaat hem er niet zozeer om welk verhaal de aanwezigen precies in willen brengen, maar welke vragen zij aan hun verhaal kunnen stellen. Het doel hiervan is dat de aanwezigen op een voor hen nieuwe manier naar zichzelf en hun eigen levensverhaal leren kijken en een gevoel kunnen krijgen voor hoe karma kan werken. Daarbij stelt hij niet zozeer vragen naar hoe we kennis van het karma uit eerdere levens kunnen vergaren, maar hoe we (de ontwikkeling van) onze uitgangspositie in dit leven kunnen onderzoeken.

Deze doelen, methodes en achtergronden bij deze cursusochtend vormen samen een kader waarbinnen – ook na de ochtend zelf - coping en zingeving plaats kan vinden. Hoe ziet dit kader er precies uit en hoe kan dit in termen van de theorie rond coping en zingeving beschreven worden?

De cursus lijkt gericht te zijn op de eerste aanpassingstaak bij crisis van Moos en Schaefer “Verkrijg de betekenis en begrijp de persoonlijke relevantie van de situatie”⁸⁰ en de zevende vaardigheid bij ziekte van Moos en Davis Tsu: “Het vinden van een algemeen doel, patroon of betekenis.”⁸¹ Door zich bezig te houden met de karmische achtergronden van ziekte en gezondheid in het algemeen, is het mogelijk om het eigen levensverhaal anders te gaan begrijpen. Anders gezegd: het is mogelijk om vanuit een ervaring van zinverlies door ziekte te komen tot een dieper begrijpen wat het lichaam ons te zeggen heeft. Deze vraagstelling draagt daarom volgens mij, om met Frank⁸² te spreken, de mogelijkheid in zich om tot een meer geassocieerde verhouding tot het eigen lichaam te komen. Ook al wordt misschien de identificatie met het eigen lichaam door de gedachte van karma minder, toch kan een dieper begrip van het huidige eigen lichaam bijdragen aan de aanvaarding ervan. Deze vorm van respect voor het lichaam, kan ook een verhoogde controle op de structuur van het leven bewerkstelligen: vanuit karma gezien kan zeer duidelijk worden wat het lichaam ons te zeggen heeft en wat nog om een nadere aanpak vraagt.

De cursus zelf kan bijdragen aan zingeving rond ziekte door vanuit de antroposofie duidelijk te maken hoe mensen door middel van de gedachte van karma kunnen zoeken naar samenhangen en verbanden in hun leven en hun leven kunnen interpreteren. De cursus is daarbij een ‘spirituele activiteit’ en een ‘middel’ tot coping, waardoor mensen uitgerust worden om zin en betekenis te vinden.⁸³ Maar net zo goed vervult de cursus ook de functie van ‘spiritueel doel’, namelijk dat mensen – al is het tijdelijk - een zinvolle samenhang ervaren, die - niet noodzakelijkerwijs - met hun eigen persoonlijke zinervaring samenhangt: wie hoort dat ziekte zinvol kan zijn, kan daarop vertrouwen, ook al ervaart diegene dat zelf (nog) niet. De cursus kan door haar overdrachtelijke en inhoudelijke aard niet alleen de kennis rond een antroposofische visie op karma en ziekte vermeerderen, maar ook de functie en invloed van deze visie voor de persoon doen toenemen. Daarmee kan deze cur-

⁸⁰ Zie p. 20.

⁸¹ Zie p. 21.

⁸² Zie p. 17.

⁸³ Zie p. 26.

sus op alle vijf genoemde aspecten die met coping en zingeving verbonden zijn, doorwerking hebben.⁸⁴

Aan de hand van de drie basiselementen van de 'primary appraisal,' betrokkenheid, evaluatie, oriëntatie,⁸⁵ wil ik dit nog verder uitwerken. De vraag daarbij is hoe deze drie elementen door de in de boven beschreven cursusochtend uitgewerkte gedachte van karma kunnen veranderen. Het eerste aspect, betrokkenheid, betreft de interpretatie van het eigen aandeel aan een gebeurtenis. Door de gedachte van karma kan het goed zijn dat dit verschuift van een passief naar een meer actief aandeel. Sommige vragen die de cursusleider stelt veronderstellen een eigen activiteit of invloed op het tot stand komen van de ziekte, zoals vraag 5: "Wat kun je doen om maagklachten te krijgen?" Daartegenover staat ook dat de activiteit die karma beschrijft oorspronkelijk uitgaat van het hogere ik en daarmee niet een bewust, maar eerder een bovenbewust en bovenpersoonlijk besluit is. De cursusleider geeft aan het begin van de cursus duidelijk aan dat de vraagstelling niet bedoeld is om zichzelf de schuld in de schoenen te schuiven, maar om onbevangen waar te nemen hoe iemand bij ziekte als hele mens betrokken is. Daarbij laat hij wel ruimte voor de ervaring van onmacht en lijden, maar laat ook zien waar mogelijkheden voor eigen initiatief liggen. Hij stuurt zodoende aan op een interpretatie van onze betrokkenheid die boven de indeling actief of passief uitgaat en allebei omvat.

Wat betreft de evaluatie van de ziekte stuurt de cursusleider ook aan op een evaluatie die de ziekte probeert te aanvaarden zoals die is, inclusief de positieve en de negatieve gevolgen. Vanuit de gedachte van gedifferentieerde pathologie en salutogenese (Kenmerk AMZ-1 en AMZ-2) kan zelfs de negatief gewaardeerde gedachte van ziekte als ongezonde actie in een gezond mens omgedraaid worden tot de positieve evaluatie van een gezonde reactie in een gezond mens. Toch is het niet zo dat de cursusleider stimuleert om ziekte alleen als iets positiefs te zien.

Door de gedachte van karma, zoals de cursusleider dit hier uitlegt, kan daarmee ook de oriëntatie op wat de mens, gezondheid en ziekte is, grondig verschuiven. Wat ongezond was, kan ineens gezond of gezond makend blijken te zijn en vice versa. Vanuit karma gezien kan het zijn dat niet meer zozeer de crisis, maar de daaraan voorafgaande situatie de oorzaak van later lijden blijken te zijn.

De impact van de gedachte van karma kan daarmee voor een patiënt totaal zijn en leiden tot een herinterpretatie van de eigen rol, tot herwaardering en heroriëntatie. Dit is ook terug te zien in de uitleg en de vragen die op de ochtend klinken: de cursusleider stelt vaak onverwachte vragen en draait betrokkenheid en evaluatie om (bijv. vraag 5 en 6 als reactie op het fenomeen maagklachten). Dit herkaderen van de vraag en opmerkingen van anderen houdt het veranderen van perspectief in en een direct sturen op het ontwikkelen van zelfinzicht en zelfreflectie. Dit is een krachtige interventie om tot een religieuze herinterpretatie te komen, zodat een niet-adequate (evt. existentiële of religieuze) interpretatie van de eigen ziekte en situatie losgelaten en verschoven kan worden.⁸⁶ Op die manier biedt de cursus handvatten om twee aspecten van geestelijke gezondheid volgens Paloutzian te bevorderen:

⁸⁴ Zie Figuur 8 op p. 28.

⁸⁵ Zie p. 17.

⁸⁶ Zie het model van Scherer-Rath, Figuur 7 op p. 27.

- Het ontbreken van overmatige schuldgevoelens
- Het realistisch kunnen inschatten en aanvaarden van de eigen tekortkomingen⁸⁷

Maar net zo goed kan ook gezegd worden dat de perspectiefwisseling ook het gevaar van het tegendeel in zich draagt als een aanwezige het eigen aandeel in ziekte juist als actief bestempelt en schuldgevoelens ontwikkelt. Dat de counselor aanstuurt op een neutrale evaluatie van de meegemaakte gebeurtenis lijkt essentieel om verdere scrupules te vermijden.

De uitgebreide communicatie van het karmisch mensbeeld roept ook de vraag op of de gecommuniceerde vragen ethisch gezien ongewenste gevolgen kunnen hebben, zoals een verlies van autonomie en waardigheid. Dit kan volgens mij niet anders dan bevestigend beantwoord worden, omdat het karmisch mensbeeld op veel punten afwijkt van wat voor veel mensen gangbaar is. Het hangt daarbij van de spreker af om dit zorgvuldig en gedomineerd te communiceren: de spreker heeft hierin de verantwoordelijkheid. Een vraag als “Wat kun je doen om maagklachten te krijgen?” (vraag 5) kan voor het zingevingsproces een zeer goede vraag zijn, maar moet wel voorbereid en ingeleid worden om ethisch correct te kunnen werken en de eigen biografische hulpbronnen goed te kunnen aanspreken (Kenmerk AGM-3).

Het bevorderen van de autonomie door de aanwezigen expliciet uit te nodigen mee te denken en het werken met gesprekstechnieken als objectivering en verbeelding (Kenmerk AGM-1) kunnen hierbij volgens mij een passende bijdrage leveren. De counselor mag zichzelf hierbij best zien als een socratische vroedvrouw of een mystagoog, die kansen creëert om mensen op hun geestelijk functioneren zorgvuldig waar te nemen en hen er behoedzaam toe brengt om zelf (“Kenmerk AGM-4: versterking van de autonomie”) de perspectiefwisseling naar het karmisch mensbeeld aan te gaan. De counselor heeft hier zeker verantwoordelijkheid, die niet alleen bij de gesprekspartner gelegd kan worden. De geestelijk verzorger kan in de rol van de mystagoog diezelfde verantwoordelijkheid ambtelijk en geestelijk funderen. Josuttis (1996, pp. 47-49) geeft vanuit de christelijke tradities handreikingen hoe de geestelijk verzorger zichzelf als professioneel ‘grensoverschrijder’ kan zien.

Voor geestelijk verzorgers is het belangrijk zich te realiseren dat antroposofische patiënten met bovenstaande inzichten, vragen en worstelingen kunnen leven, waarbij er spanning tussen de interpretatie van de eigen betrokkenheid en waardering enerzijds kan komen, tegenover het zelfbeeld van een spirituele mens in ontwikkeling anderzijds, die een weg van zelfinzicht en geestelijke groei aangaat. De door sommige antroposofen ervaren samenhang tussen ogenschijnlijk verschillende zaken in het levensverhaal kan als narratief verband herkend en erkend worden. Daarbij kan voor een antroposofische patiënt de perspectiefwisseling die door de gedachte van karma tot stand wordt gebracht, spiritueel gefundeerd zijn.

Om op deze manier naar zichzelf te kijken, veronderstelt wel enige mate van geestelijke gezondheid. Als een counselor het idee heeft dat dit bij de gesprekspartner niet genoeg in orde is, is het verstandig dit bespreekbaar te maken en/of om het gesprek naar objectievere en concretere gronden te brengen. Het gespreksonderwerp zou de geestelijk verzorger dan kunnen verschuiven van de interpretatie van het karmisch verband, naar de

⁸⁷ Zie p. 28.

persoonlijke betekenis van het gedachte en ervaren verband. Dit lijkt me zinvoller dan het karmisch mensbeeld in twijfel te trekken, waardoor de gesprekspartner niet gehoord wordt. Daarmee kan de heilige grond,⁸⁸ om met Smit te spreken, samen betreden worden om stil te staan bij lot, overgave en onmacht, maar ook bij de nabijheid Gods of van de geestelijke wereld.

5.5.3 Verkenning 3

De inventarisatie van vragen onder antroposofisch geestelijk verzorgers (vanaf p. 81) geeft geen inzicht in een antroposofische praktijk en hoe zij het proces van zingeving en coping begeleiden. De derde geestelijk verzorger, die wel haar vragen heeft gegeven, bevraagt vooral de beleving van de patiënt en verschillende aspecten van het leven, soms expliciet de levensbeschouwelijke of spirituele dimensie. Soms suggereert zij een bepaalde beleving van een gebeurtenis of geeft zij een bepaald advies, ook in vragende vorm. De vragen die zij stelt sluiten aan bij de ervaringen van de patiënt, op een enkele herkadering na.⁸⁹

Zodoende levert deze inventarisatie weinig verdere inzichten of bijdragen op als antwoord op de in deze verkenning gestelde vragen. Wel roept de inventarisatie de vraag op waarom de suggestie “antroposofisch te werken” weerstand oproept. Deze vraag wil ik verder in de discussie van hoofdstuk 6 uitwerken.

5.5.4 Verkenning 4

Aan de vragen die de vier antroposofische artsen stellen, valt me als eerste op dat Arts 1 weinig andere vragen stelt dan die die ingaan op de precieze symptomen en het ziekteproces. Bij de andere artsen ligt dat volkomen anders.

Arts 2 vraagt in gesprek 1 door naar gedachten van de patiënt over mogelijke oorzaken en oplossingen die buiten het directe fysieke liggen. Zij vraagt of dit genoeg inzicht oplevert, of dat er nog verdergaande ondersteuning geboden moet worden. In gesprek 2 vraagt zij opnieuw naar eigen gedachten en de eigen hulpvraag. Als duidelijk wordt waar de ziekte volgens de patiënt mee te maken heeft, biedt zij ook voor dit aspect medicatie. Bij het derde gesprek biedt de arts vanuit de antroposofische geneeskunde een begrip van ziekte aan en de tijd en mogelijkheid om dit (later) verder te verkennen.

Arts 3 brengt de patiënt terug bij haar behoefte, geeft haar de keuze en sluit aan bij haar levensbeschouwing. In het tweede gesprek verkent de arts expliciet hoe de patiënt diens situatie en verleden verwerkt en zin geeft. Uit de lijst vragen die deze arts regelmatig stelt valt op dat de arts vaak naar het moment in de biografie, de manier van omgaan met ziekte en de perceptie ervan vraagt.

De vierde arts verkent wat er in eerdere situaties voor, na of tijdens een ziekte of andere crisis met iemand gebeurde. Daarmee suggereert hij dat er later belevingen van zin kunnen komen en het de moeite waard is om de ziekte uit te houden.

⁸⁸ Zie p. 75.

⁸⁹ Zie vraag 3: “Heeft u eraan gedacht, doordat u altijd voor anderen zorgde, dat het voor hen fijn is om eens iets terug te doen?”

De vragen van de artsen (vanaf p. 83) laten zich wat de coping-theorie in een paar groepen onderscheiden:

- a) Het kunnen plaatsen van de ziekte in de persoonlijke context vanuit het integrale en karmische mensbeeld en de gedifferentieerde pathologie (AM-5, AM-6, AMZ-1) (vraag 1, 2, 3, 4, 8, 10, 16, 20, 22, 24, 27). Deze vragen sluiten aan op de eerste aanpassingstaak bij crisis van Moos en Schaefer “Verkrijg de betekenis en begrijp de persoonlijke relevantie van de situatie”⁹⁰ en zijn ‘heroriënterend’ van karakter: uit deze vragen volgt een vernieuwde visie op het eigen leven.
- b) Het herkennen van aspecten in de eigen biografie die zin geven of een andere bijdrage leveren (vraag 17, 18, 19, 28 – 33). Deze vragen sluiten aan bij de zevende vaardigheid bij ziekte van Moos en Davis Tsu: “Het vinden van een algemeen doel, patroon of betekenis”⁹¹ en zijn ‘herwaarderend’ van karakter: zij stimuleren een andere waardering van de eigen ziekte en roepen een nieuwe doelstelling op.
- c) Het inventariseren van wensen en behoeften (vraag 7, 13, 14) en vervolgens het aanboren van hulpbronnen en tactieken (vraag 4, 7, 9, 11, 12, 25) sluit aan bij een probleemgerichte vaardigheid van Moos en Schaefer: “Ondernemen van probleemoplossend handelen.”⁹² Zij vallen onder de categorie ‘reconstructie’ en proberen vanuit de eigen ervaring nieuwe manieren te ontdekken waarop het eerdere doel van de genezing bereikt kan worden.

Voor wat betreft de opbrengst van een gespreksmodel valt mij het volgende op. De vragen zijn open geformuleerd en geven ruimte, sluiten aan en komen professioneel over en stimuleren autonomie maar erkennen ook de kwetsbaarheid van de patiënt. Zij komen daarom overeen met de ethische richtlijnen van Eibach. Ook bevestigen zij de gespreksmethode van de versterking van de autonomie van de patiënt (zie par. 3.1.): dat alleen wat een patiënt zelf (h)erkent aan inzichten en mee aan het werk kan, bruikbare kennis is. Door de combinatie van objectivering (“Mensen kunnen het gevoel hebben dat...”, “Heeft u wel eens ervaren...”, “Er zijn grofweg twee soorten mensengroepen...”) met de vraag naar de eigen ervaring, mening of visie, wordt de patiënt gerespecteerd maar ook uitgenodigd om een ander perspectief in te nemen of slapende spirituele hulpbronnen aan te boren. De vraag of een ziekte of gebeurtenis ook bij de patiënt past (vraag 16 en 22), moet volgens mij wel voorzichtig worden ingebracht, omdat het niet een gangbaar gezichtspunt betreft dat een ziekte “bij je past.”

Voor geestelijk verzorgers die met antroposofische patiënten in contact komen, kunnen de vragen van de artsen aanknopingspunten voor passende vragen rond gedifferentieerde pathologie en salutogenese (AMZ-1 en 2) geven. Daarbij kunnen heroriënterende en herwaarderende vragen rustig gesteld worden, voor zover die ook bij de geestelijk verzorger passen. Daarbij is het belangrijk om af te tasten hoe direct deze vragen gesteld kunnen worden: de artsen die bovenstaande vragen stelden, formuleerden die over het algemeen heel voorzichtig. Het kan goed zijn dat antroposofische patiënten explicieter willen praten over de samenhang tussen ziekte en biografie enerzijds, en mogelijke gevolgen anderzijds.

⁹⁰ Zie p. 20.

⁹¹ Zie p. 21.

⁹² Zie p. 21.

5.5.5 Samenvatting van de verkenningen

In de bovenstaande verkenningen werd duidelijk dat antroposofische zorgverleners zich sterk tot processen van zingeving en coping verhouden. Dit doen zij door de patiënt te stimuleren tot de 'spirituele activiteit' van herinterpretatie door:

1. zelf verbanden te leggen en patronen in het leven te herkennen (verkenning 1, 2 en 4),
2. met het oog op de toekomst ziekte vanuit een ander perspectief te bezien, namelijk dat van karma (verkenning 2) of van zinbeleving (verkenning 4).

De verkenningen leveren ook een paar handreikingen op aangaande de begeleiding van patiënten, namelijk:

1. dat beeldvorming ook in meerdere fases en gesprekken kan plaats vinden, waarbij de patiënt zelf het tempo van het proces bepaalt, (verkenning 1),
2. dat perspectiefwisselingen en herkaderen zeer voorzichtig ingezet kunnen worden, maar wel adequaat ingeleid moeten worden, (verkenning 2) en
3. dat objectiveringen kunnen helpen om niet voordehand liggende perspectiefwisselingen (verkenning 2) en interpretaties (verkenning 4) bij de patiënt af te tasten.

Ook kunnen geestelijk verzorgers in hun contact met antroposofische patiënten ermee rekening houden dat de patiënten:

1. soms wel begeleid willen worden in hun eigen proces van beeldvorming en oordeelsvorming van het levensverhaal (verkenning 1 en 4), en
2. karmische verbanden soms bespreekbaar willen maken om af te tasten hoe zij zich tussen geestelijke groei en onmacht / overgave bewegen (verkenning 2 en 4)

par. 5.6: Aanpassing van de formulering van de vragen en voorstel tot een gespreksmodel

In de bovenstaande vier verkenningen wordt ook duidelijk dat voor de betrokken hulpverleners de biografische context van de patiënt een belangrijk middel is om met ziekte verder te komen in een proces van genezing en zingeving. Het fenomeen en het momentum van de huidige ziekte krijgen een breder perspectief. Ook sluiten hulpverleners aan bij opvattingen over autonomie en salutogenese en zetten deze om in bepaalde vraagstellingen die zij als interventie inzetten.

In deze paragraaf wil ik de eerder genoemde vragen ordenen (en aanvullen) tot een gespreksmodel. Ik maak daarbij gebruik van de volgende drie criteria, die voortkomen uit de eerder beschreven pastorale en ethische kader voor een gesprekstechniek (zie par. 4.5: vanaf 69).

1 - Open geformuleerd	De vragen geven de patiënt ruimte en stimuleren om met de eigen ervaring en mening te komen,
2 - Niet suggestief	De vragen suggereren niet een diepgaander of hoger inzicht bij de counselor,
3 - Ethisch verantwoord	De vragen stellen het proces van de ander centraal en geven ruimte voor ervaringen van zinloosheid.

Figuur 38: Drie criteria voor de selectie van gespreksvragen

Als ik de vragen die aan deze criteria voldoen, bij elkaar zet, komt daar grosso modo onderstaande lijst van vragen uit. Deze vragen lenen zich volgens mij – met behoud van de in de

verkenningen gegeven kanttekeningen – als gespreksmodel voor geestelijk verzorgers. De vragen orden ik hieronder naar de eerder in Figuur 8 (p. 28) genoemde indeling van verschillende aspecten van counseling en levensbeschouwelijke coping.

ACLZ-1	De levensbeschouwelijke interpretatie van de situatie door de patiënt, de eigen rol daarin en de waardering ervan
ACLZ-2a	De levensbeschouwelijke thema's en ervaringen die op de achtergrond voor deze persoon een rol spelen
ACLZ-2b	De levensbeschouwelijke visie van deze persoon op ziekte en gezondheid
ACLZ-3a	De functie van diens levensbeschouwing voor de coping-activiteit
ACLZ-3b	De manier waarop de patiënt met (levensbeschouwelijke) middelen en doelen van coping omgaat en deze eventueel verandert

Figuur 6: 5 aspecten van counseling en levensbeschouwelijke coping rond ziekte (p. 28)

Soms is het daarbij zo dat een vraag minder bij een bepaald aspect lijkt te horen. Het is hier dan toegevoegd, omdat het ondersteunend is voor de andere vragen.

Zodoende ontstaat een aanzet tot een gespreksmodel, dat een houvast kan bieden voor geestelijk verzorgers die zich wel door het antroposofisch mensbeeld en gesprekstechnieken willen laten inspireren, maar zelf niet vaardig zijn in de besproken antroposofische gespreksmethoden. Het onderstaande gespreksmodel is niet bedoeld als procedure, maar als aanduiding voor de verschillende fases die in een gesprek langs kunnen komen, en voor de vragen bij elke fase gesteld kunnen worden, minder of meer levensbeschouwelijk sturend. Daarbij is de counselor vrij om van het ene baken naar het andere baken heen en weer terug te gaan, om samen de verschillende aspecten van het verhaal van de patiënt te verkennen.

Antroposofisch hieraan is ten eerste dat het gespreksmodel procesmatig aansluit aan antroposofische gesprekstechnieken, zoals dynamische oordeelsvorming (zie par. 4.1: vanaf p. 56), en ten tweede dat sommige vragen zo gesteld worden zodat de patiënt bepaalde – vanuit het antroposofisch mensbeeld – zinvolle verbanden en samenhangen kan verkennen. Daarbij is het imperatief dat het antroposofische mensbeeld – in kerygmatische, inhoudelijke zin – niet wordt overgedragen of gecommuniceerd.

Vragen rondom de (levensbeschouwelijke) interpretatie van de situatie en de ziekte (ACLZ-1)

- Hoe is het zo gekomen? Hoe is uw ziekte ontstaan en verlopen?⁹³
- Hoe is het voor u om ziek te zijn? Hoe is het voor u dat dit gebeurd is?

Met deze vragen kan de toedracht, de beleving en openheid om over de eigen ziekte te praten afgetast worden, als ook de oriëntatie, evaluatie en relevantie.

- Lukt het u om alles een beetje een plekje te geven?
- Betekent deze ziekte iets voor u?
- Gaat uw ziekte volgens u ergens over?
- Hebt u het gevoel dat dit u allemaal overkomt of heeft het ook iets met u te maken?
- Is deze ziekte alleen toeval of past het ook bij u?
- Past wat er nu gebeurt in een breder plaatje? Welke titel heeft dat plaatje voor u?
- Wat zit er in uw emmer dat die nu overgelopen is?
- Hebt u een idee hoe het komt dat u nu deze symptomen/ziekte heeft?

⁹³ Het gevaar is dat deze vraag te anamnetisch klinkt en men voor een arts gehouden wordt.

- Heeft dit orgaan of ziektebeeld een bepaalde betekenis voor u?

Met deze vragen wordt op open wijze naar de persoonlijke betekenisgeving gevraagd, zo mogelijk door objectivering en verbeelding (Kenmerk AGM-1). De vraag herbergt een herkadering en daarmee ook een mogelijke aanleiding tot een herwaardering: als zodanig moet zij voorzichtig ingezet worden.⁹⁴

Biografische verkenning (ACLZ-2a)

Eventueel kan de uitkomst van deze vraag direct biografisch (Kenmerk AGM-3) verder verkend worden:

- Hebt u zoiets als deze ziekte wel eens eerder meegemaakt?
- Speelt dit thema of lichaamsdeel voor u een bepaalde rol in uw leven?
- Wat is uw band of verhaal met dit lichaamsdeel? Wat hebben jullie al meegemaakt?
- Hebt u het idee dat dit komt omdat u in het verleden iets niet goed heeft gedaan?
- Zit u momenteel op uw plek?
- Spelen er op dit moment nog bijzondere dingen mee?
- Wilt u iets vertellen over wie u bent?

Afhankelijk van het thema kan er verder door gevraagd worden op een van de vier velden (zie p. 33v:)

- Hoe ziet het er bij u thuis uit en hoe zie ik dat u daar woont?
- Hoe geeft u de tijd vorm?
- Wat en wie hebt u in uw hart gesloten?
- Wanneer beleeft u uzelf?

Met deze vragen vindt er een heroriëntatie plaats op basis van geïntegreerd holisme (Kenmerk AGM-2).

Algemene inschatting van visie op ziekte (ACLZ-2b)

- Wat is ziekte volgens u?
- Is volgens u ziekte alleen iets lichamelijks of ook iets psychisch?
- Kan een ziekte iemand ook iets te zeggen hebben?

Met deze vragen kan gepeild worden naar een psychosomatische tot meer geïntegreerde mensvisie.

Toekomst-gerichte vragen (ACLZ-3a)

- Gebeurt er iets dat u iets kan brengen?
- Heeft u de ervaring dat dat wel zou kunnen gebeuren?
- Kan deze ziekte u ook iets te zeggen hebben?
- Heeft het u iets te brengen? Biedt het u ook kansen? Hebt u iets aan de ziekte te danken?
- Is er iets nieuw voor u in deze situatie?
- Sommige mensen hebben het gevoel dat dingen op hun pad komen om er iets van te kunnen leren, is dat voor u ook zo?
- Hebt u wel eens meegemaakt dat er na een gebeurtenis als deze zich een onverwachte wending in het leven kan aandienen? Of dat er een doorbraak kwam?

⁹⁴ Bovenstaande vragen zijn meer gesloten, maar wel minder suggestief dan: Wat betekent ..., Waarover gaat ..., Wat heeft ... te zeggen? Een ogenschijnlijk gesloten vraag geeft de ander ook de vrijheid om er kort op te antwoorden. Er kan dan altijd naar de bereidheid gevraagd worden om er meer over te vertellen.

Met deze vragen wordt aangesloten bij de gedachte dat zich ook iets nieuws en onverwachts kan ontwikkelen uit ziekte (Kenmerk AGM-4). De vraag herbergt een herkadering (reframing) en mogelijk ook een herwaardering: als zodanig moeten zij voorzichtig ingezet worden. Ook kan het goed zijn dat het terugblikkende karakter van deze vragen in een ziekenhuis nog niet aan de orde is.

Vragen rond het inzetten van spirituele bronnen (ACLCZ-3b)

- Waar put u kracht uit? Hoe blijft u op de been? Waarvoor leeft u?
- Wat is voor u gezondheid? Waar bent u dan? Wat doet u dan?
- Hoe ziet de gezonde en nieuwe u eruit?
- Wat deed u voor u ziek werd om gezond te blijven?
- Wat is uw behoefte of thema nu en hoe ging u daar voorheen mee om?
- Hoe kunt u deze bron opnieuw aanboren en er contact mee houden?

Met deze vragen wordt een bron voor kracht (Kenmerk AGM-3 en AMZ-2) (coping-instrument) in de gezonde context aangeboord en verkend. Het kan gaan om een reconstructie en een herschepping.

hfd. 6: DISCUSSIE EN CONCLUSIE

In dit hoofdstuk wil ik de verhouding tussen levensbeschouwing en professionele methode bespreken, en vervolgens terugkomen op de oorspronkelijke vraagstelling en deze beantwoorden. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting.

par. 6.1: Professionele omgang met antroposofie

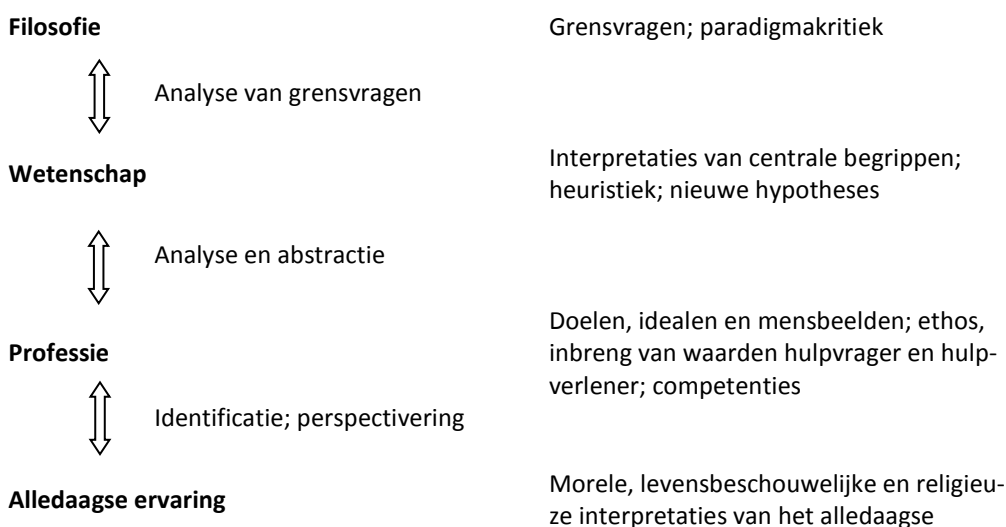
Centraal in deze scriptie staat niet alleen de vraag

“Hoe kan een antroposofische visie op mens en ziekte richting geven aan vormen van counseling?”,

maar ook de onderliggende vraag:

“Is het mogelijk om vanuit een heel ander mensbeeld, geloof of levensovertuiging, toch met het antroposofisch mensbeeld en/of gesprekstechnieken te werken?”

De christelijke psychiater en wetenschapsfilosoof Gerrit Glas (2009) maakt onderscheid tussen de verschillende niveaus van kennis, tussen de alledaagse ervaring, tussen de kennis vanuit de professie, de achterliggende wetenschap en de filosofie die de kaders van de wetenschap stelt (Zie Figuur 39). Niet alleen heeft elk niveau een eigen discours en blikrichting, maar ook eigen vragen en eigen methodes om vragen te beantwoorden.⁹⁵



Figuur 39: Religie in relatie tot verschillende niveaus van kennis (Glas 2009)

⁹⁵ Menken-Bekius en van der Meulen (2007, p. 99) werken een vergelijkbaar model als volgt uit voor het theologische vakgebied:

- Niveau 3: wetenschapstheoretisch paradigma
- Niveau 2: pastoraal-theologische theorie
- Niveau 1: pastorale praktijktheorie
- Niveau 0: praktijksituatie (casus in context)

Door dit model wordt duidelijk dat we bij het nadenken over geestelijke zorg telkens moeten beseffen op welke ‘verdieping’ we ons bevinden. In de context van deze scriptie moet dan duidelijk onderscheid gemaakt worden: tussen de ervaring van de patiënt in de situatie van ziekte en opname, de professionele praktijk van de counselor, de theorie van het pastoraat en tot slot de filosofische uitgangspunten. Deze niveaus van kennis beïnvloeden elkaar om tot een coherent geheel te komen, maar zij staan ook in een bepaalde mate ook los van elkaar, omdat zij een eigen object en een eigen relatie tot de (professionele) werkelijkheid hebben. Vanuit de beschrijvingen uit hfd 3, 4 en 5 wordt bijvoorbeeld duidelijk:

- dat een antroposofische patiënt, arts of geestelijk verzorger op basis van diens antroposofisch mensbeeld een ervaring van ziekte anders interpreteert dan een niet-antroposoof en daarbij bijvoorbeeld een verklaring zoekt binnen de biografische omstandigheden van de patiënt (niveau ‘alledaagse ervaring,’ zie p. 32vv),
- dat een antroposofisch arts of geestelijk verzorger door de samenhangen met een ander mensbeeld een passende gespreksmethode in kan zetten die een eigen ethische houding vraagt (niveau ‘professie,’ zie p. 93vv),
- dat een antroposofische medische, psychologische of pastorale wetenschapper ziekte in de context van bijvoorbeeld bepaalde psychosomatische processen kan plaatsen en zodoende tot andere vermoedens van oorzaken van een ziekte komt (niveau van ‘wetenschap,’ zie p. 43vv), en
- dat er door een antroposofische filosoof een vraagstuk kan leven over bijvoorbeeld de definitie van gezondheid als afwezigheid van ziekte of als vermogen gezond te worden (niveau van ‘filosofie,’ zie p. 41v).

Maar met het bovenstaande model beoogt Glas ook duidelijk te maken dat een professional die volgens een bepaalde wetenschappelijke methode werkt, niet per se ook vanuit de achterliggende filosofie hoeft te denken:

“Het (...) betekent ten slotte ook dat iemand die volgens een bepaalde wetenschappelijke benadering te werk gaat (bijvoorbeeld de gedragstherapeut die volgens de principes van de leertheorie werkt) niet noodzakelijk daarbij ook de filosofische bagage voor zijn rekening hoeft te nemen die in de leertheorie verstopt ligt.” (2009, p. 163)

Blijkbaar is het voor Glas mogelijk dat de vier genoemde niveaus van kennis gedifferentieerd met elkaar verbonden zijn, afhankelijk van het onderwerp van reflectie. Kan dit m. m. ook voor het hanteren van een antroposofische methode door een niet-antroposoof gelden?

In par. 4.4: werd bij de bespreking van kenmerkende elementen van antroposofische gespreksmethodes duidelijk dat het vooral de combinatie is van kenmerken (AGM-1-3), die de gespreksmethodes specifiek antroposofisch maken. Dit komt omdat zij als geheel voortkomen uit een antroposofische visie op mens en counseling. Maar de afzonderlijke methodische elementen zijn niet exclusief antroposofisch te noemen: verbeelding, narrativiteit en waarde-georiënteerde gesprekken zijn veel gebruikte methodes die in allerlei vormen van counseling voorkomen.

Dit wil zeggen dat als een geestelijk verzorger een antroposofische methode of een element daarvan inzet, dit niet automatisch hoeft te leiden tot een antroposofische levensbeschouwelijke identiteit. Een geestelijk verzorger hoeft de antroposofische levensbeschouwing niet over te nemen en draagt die hierdoor ook niet vanzelfsprekend uit. Bij de in hfd. 4: genoemde antroposofische gespreksmethodes gaat het om een *methode* die be-

paalde elementen van de antroposofie uit het vlak van de wetenschap samenbrengt: er is een verband tussen methode (niveau van professie) en antroposofie (niveau van wetenschap en filosofie) aan te wijzen. Maar de achtergrond van de antroposofie als filosofie (met uitgewerkte mogelijkheden voor lagere niveaus van kennis) biedt daarbij op alle door vier door Glas genoemde niveaus genoeg ruimte aan voor een vrije interpretatie en manier van omgang.⁹⁶

Zodoende is het ook voorstelbaar dat er geestelijk verzorgers zijn die met een antroposofische gespreksmethode vanuit hun eigen levensbeschouwelijke identiteit werken, of die nu antroposofisch is of niet. Een reden hiervoor kan zijn dat dit aansluit bij het mensbeeld of de behoefte van de patiënt, of omdat een bepaalde antroposofische gespreksmethode tegemoet komt aan de doelen van de geestelijk verzorger. Ook is het voorstelbaar dat geestelijk verzorgers een totaal andere levensbeschouwelijke identiteit hebben, maar zich door een antroposofische gespreksmethode laten inspireren en enkele elementen eclectisch in hun professionele handelen zullen integreren. Deze geestelijk verzorgers staan dan professioneel-methodisch sympathiek tegenover de antroposofie.

Tot slot is het nog mogelijk dat er geestelijk verzorgers zijn die wel sympathiseren met de spiritualiteit en levensbeschouwing van de antroposofie, maar deze niet professioneel inzetten of integreren, laat staan identificeren. Zij staan alleen persoonlijk gezien levensbeschouwelijk sympathiek tegenover de antroposofie. Dit lijkt het geval te zijn bij de geestelijk verzorger die ik benaderd heb.⁹⁷ In het contact met hen werd duidelijk, dat zij geen aparte antroposofische methode (willen) onderscheiden en dat zij geen interesse hebben om hun eigen mensbeeld te expliciteren, maar alleen dat van de patiënt als uitgangspunt willen nemen. Ook geven zij aan veel moeite te hebben om als antroposofisch-professioneel ingekaderd te worden. Dit roept bij mij de volgende vragen wat betreft hun visie op de eigen professionaliteit op:

- Welke associaties verbinden zij met de gedachte van een antroposofisch geestelijk verzorger?
- Wat is er volgens hen op een antroposofisch werkende geestelijk verzorger tegen?
- Welke ervaring hebben zij dat zij geen interesse hebben om de eigen achterliggende spiritualiteit in hun professionele setting te expliciteren en aan de professionele ontwikkeling daarvan bij te dragen?

Opvallend in het contact met deze geestelijk verzorgers was ook, dat zij mijn onderzoek naar de formulering van pastorale vraagstellingen diskwalificeerden. Zij bevestigden mij dat voor hen het luisteren naar de patiënt en inleven in diens levensbeschouwing centraal staat. Zij meenden blijkbaar dat een antroposofisch geestelijk verzorger alleen vragen kan stellen waarin het eigen mensbeeld expliciet gecommuniceerd wordt. Een handelen vanuit de antroposofie kan dan snel gezien worden als een inhoudelijk overdragen van antroposofische inzichten, terwijl ik juist een puur methodisch handelen bedoelde. Deze laatste observatie doet vermoeden dat een antroposofische handelingspraktijk of methodiek (niveau van professie), zoals de eerder beschreven antroposofische gespreksmethodes, hen onbekend is. Ook kan het zijn dat zij een professionele methode niet van het antroposofisch mensbeeld onderscheiden.

⁹⁶ Zie par. 3.1:vanaf p. 32.

⁹⁷ Zie par. 5.3: vanaf p. 81.

Ook speelt een ander punt volgens mij een belangrijke rol bij allebei de bovenstaande situaties waarin de verbinding tussen de eigen levensbeschouwing en het homogeen of heterogeen professioneel handelen niet vanzelfsprekend is: geestelijk verzorgers en de pastorale theologie zijn nog weinig bekend met verschillende vormen van methodisch handelen, dat door een ander mensbeeld gemotiveerd wordt. Het is pas sinds relatief kort dat Ganzevoort en Visser (2007) met hun boek duidelijk maken dat er meerdere methodes zijn die prima naast elkaar kunnen bestaan en in het professioneel handelen van één geestelijk verzorger geïntegreerd kunnen worden. Daarbij is het wel zo dat deze methodes wel door een theologische visie onderbouwd worden, maar niet altijd door een ander mensbeeld dat ook nog eens de dagelijkse ervaring kleurt. Zodoende lijkt de misvatting te bestaan dat geestelijke begeleiding en pastoraat weinig sturend op mag treden.

Een antroposofische methode heeft daarbij kenmerken, die volgens mij vernieuwend en verfrissend kunnen zijn voor het vak van de geestelijk verzorger. Ik meen dat de situatie dat het achterliggende mensbeeld niet 100% overeenkomt met het eigen mensbeeld van de meeste geestelijk verzorgers, geen hindernis hoeft te zijn. Dit komt volgens mij, doordat de antroposofische gespreksmethodes een duidelijke vorm en focus hebben, goed communiceerbaar en toepasbaar zijn en niet per se het antroposofisch mensbeeld expliciet communiceren. Bovendien passen zij in veel doelstellingen van pastoraal handelen en zijn als zodanig geschikt voor de handelingspraktijk van niet-antroposofische geestelijk verzorgers.

Voor het onderbouwen van bovenstaande vermoedens zou het interessant zijn om verder onderzoek te doen naar de houding van geestelijk verzorgers ten opzichte van de antroposofie als levensbeschouwing en als levensstijl en naar antroposofische gespreksmethodes

par. 6.2: Afbakening van professies

De inventarisatie onder de artsen maakte duidelijk dat zij de patiënt stimuleren om de eigen situatie in de bredere context van hun biografie te zien en hierbinnen te zoeken naar zingevende elementen. Zij vragen expliciet naar het levensverhaal van de patiënt, waardoor de patiënt dichter bij zichzelf kan komen en de eigen hulpbronnen voor coping kan gaan aanboren. De geestelijk verzorger die ook een weergave van twee gesprekken geeft, laat vooral zien hoe zij met de patiënt meegaat en stimuleert over de huidige situatie van ziekte te vertellen. Opvallend genoeg vraagt zij niet naar het levensverhaal, maar wel naar de omstandigheden van de opname en de bijbehorende keuzes. Door het contrast tussen deze twee handelingspraktijken dat zij naar elkaars terrein vragen, komt de vraag op hoe beide professies zich tot hun eigen terrein en dat van de ander verhouden. Het kan zijn dat het contact in het ziekenhuis zo anders is dat een geestelijk verzorger nauwelijks aan diepgang toe komt en vooral bezig is met het stimuleren van stoom afblazen, en dat het patiëntcontact in de eigen huisartspraktijk zoveel veiliger is dan in een ziekenhuis, dat hier wel diepgaandere gesprekken gevoerd kunnen worden. Maar ook als we deze twee relativerende opmerkingen meenemen, blijft het vermoeden overeind dat de antroposofische artsen in dit onderzoek wat de coping betreft meer zingevingskaders aanreikten dan de regulier han-

delende geestelijk verzorger. De vraag is of beide niet buiten hun referentiekader handelen en hoe de beide professies afgebakend zijn.

In de formulering van de professionele identiteit van de geestelijk verzorger speelt de discussie over welke kennis een geestelijk verzorger in zijn context inzet en hoe de eigen professionaliteit afgebakend kan worden ten opzichte van andere disciplines. Mooren (Hijweege, 2010, pp. 142-144) beschrijft de manier waarop psycholoog en geestelijk verzorger zich tot elkaar kunnen verhouden. Mooren zegt dat:

- a. “Geestelijke verzorging en psychotherapie niet zozeer gezien moeten worden als betrekking hebbend op afzonderlijke gebieden van het menselijk functioneren,” (ook al hebben zij wel verschillende uitingsvormen)
- b. “het geestelijke en het psychische niet gezien moeten worden als gescheiden gebieden,” en dat
- c. De verhouding tussen beide vormen verhelderd wordt door “onderscheid te maken tussen primaire en secundaire referentiekaders.”

Met het laatste punt wil Mooren duidelijk maken dat de geestelijk verzorger als primair referentiekader de eigen theologische kennis gebruikt (zie Figuur 40), maar op de achtergrond als secundair referentiekader ook psychologische kennis inzet.⁹⁸ In een ziekenhuis omvat dit ook klinische kennis. Maar door het inzetten van het antroposofisch mensbeeld, dat veel medische kennis omvat, is het ook nodig geestelijke verzorging duidelijk af te bakenen van het terrein van de arts. Een geestelijk verzorger die met een antroposofische methode werkt, kan namelijk bijvoorbeeld iets over de psychische of biografische werking van een bepaald orgaan zeggen. Een belangrijk verschil is daarbij, vergelijkbaar met de bovengenoemde scenario's, het referentiekader van de antroposofische arts en de regulier werkende arts.

Een antroposofische (huis-)arts zal namelijk niet alleen vanuit zijn antroposofische geneeskundige kennis de patiënt een (antroposofisch) geneesmiddel voorschrijven, maar ook zijn kennis van het antroposofisch mensbeeld inzetten in zijn gesprekken met de patiënt over zingeving rond ziekte (zie de vragen in par. 5.2: en par. 5.4:) die in de biografische context plaatsen en herkaderen. Het eigenlijke van de antroposofisch arts is, dat hij deskundige kennis heeft over het menselijk lichaam en aandoeningen (de geestelijk verzorger kan dit slechts als overgeleverde kennis inzetten als secundair referentiekader) en praktische kennis over biografiek en coping heeft voor een gesprek over zingeving. Het is opvallend dat antroposofische artsen laten zien dat zij hun medische deskundigheid inzetten op een manier die ook zingeving probeert te bevorderen. Meestal is er onder artsen net genoeg tijd om een aanzet daartoe te geven, maar wordt het eigenlijke gesprek over zingeving meestal overgelaten aan een psycholoog of biografisch consulent (of geestelijk verzorger). Opvallend is dat de kennis van de antroposofisch arts aangaande geneeskunde direct verbonden is en voortvloeit vanuit een bepaalde levensbeschouwing. Zo hoort voor hem niet alleen de geneeskunde tot het primaire referentiekader, maar ook de levensbeschouwing. Vraag 26 (“Heeft uw kind dan niet juist een goede beschermengel?”) is hier een voorbeeld van. Waarschijnlijk kunnen antroposofische huisartsen als eerstelijns zorgverleners - met hun op zingeving gerichte vragen en hun beheersing van een basale gesprekstechniek

⁹⁸ Volgens Hijweege (2010, p. 145) kan het zelfs zo zijn dat de levensbeschouwelijke taal zo vervlakt is, dat de psychologische kennis ook tot het primaire referentiekader gaat behoren.

als dynamische oordeelsvorming - veel zingevingprocessen bij bepaalde mensen in gang zetten.

Een geestelijk verzorger is deskundig op het gebied van zingeving en gespreksvoering. Als deze een antroposofische methode inzet, dan hoort de (antroposofisch-) medische kennis die deze geestelijk verzorger heeft, tot het primaire referentiekader. Het is belangrijk dat de antroposofisch werkende geestelijk verzorger dit voor ogen houdt, omdat het wel voorstelbaar is dat hij/zij verbanden legt tussen aandoening en persoonlijke thema's die ook levensbeschouwelijk geuit worden.

Een regulier werkende arts erkent niet vaak antroposofische geneeskunde en zal daarom een antroposofische gespreksmethode over zingeving rond ziekte niet in zetten. De arts zal ook met de geestelijk verzorger geen antroposofisch referentiekader delen - hooguit een stuk persoonlijke levensbeschouwing - en verder alleen een klein deel van de gangbare medische kennis en inzichten rond coping. Een geestelijk verzorger die een antroposofische methode inzet naast een reguliere arts, kan dus een waardevolle bijdrage leveren, maar zal ook bedacht moeten zijn op een discussie over het antroposofisch mensbeeld. Vanuit het belang van integratieve geneeskunde kan de antroposofisch werkende geestelijk verzorger dan duidelijk maken dat zijn bijdrage onder het coping-proces valt, en daarmee misschien ook onder het herstelproces.

De bovengenoemde beroepen en hun soorten verhoudingen tot verschillende vakgebieden kunnen als volgt samengevat worden:

	Levensbeschouwing en Theologie	Psychologie	(Antroposofische) Geneeskunde
Geestelijk verzorger	Primair referentiekader	Secundair referentiekader	Secundair referentiekader
Psycholoog	Secundair referentiekader	Primair referentiekader	Secundair referentiekader
(Regulier werkende) Arts	Secundair referentiekader	Secundair referentiekader	Primair referentiekader
Antroposofisch werkende geestelijk verzorger	Primair referentiekader	Secundair referentiekader	Primair referentiekader
Antroposofisch arts	Primair referentiekader	Secundair referentiekader	Primair referentiekader

Figuur 40: referentiekaders van geestelijk verzorger, psycholoog en arts

Aan dit schema wordt duidelijk dat antroposofische beroepen, die vanuit een geïntegreerd mensbeeld werken, meer primaire referentiekaders tot hun beschikking moeten hebben. Dit komt in wezen door het antroposofisch mensbeeld zelf, dat zich op de samenhang van de hele mens richt, waardoor een enkele expertise niet genoeg is. Deze twee beroepen lijken dus voor buitenstaanders buiten hun referentiekader te handelen, maar voor henzelf is hangt dit noodzakelijk samen met hun beroepsopvatting. Als zodanig kunnen zij ook bruggebouwers zijn tussen medische beroepen en psychologische beroepen en een belangrijke bijdrage leveren aan het interdisciplinair overleg.

Interessant is dat Steiner (1973) bij leven ook het verschil tussen de beide beroepen arts en priester heeft omschreven. Hij doet dit in de 'Pastoralmedizinische Kurs,' die hij in september 1924 (de laatste maand dat hij voor zijn ziekbed in de openbaarheid werkte) voor antroposofische artsen en priesters van De Christengemeenschap hield. Steiner (1973, pp. 12-

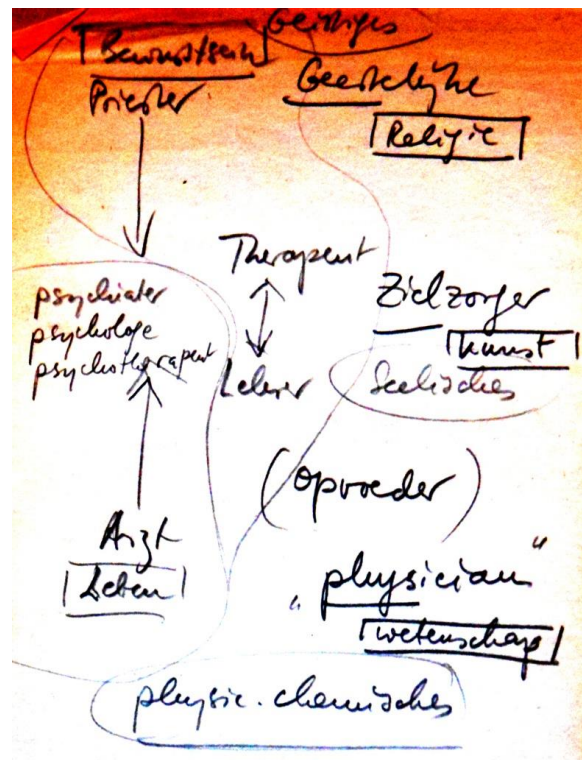
20) omschrijft hierin hoe ‘pastorale geneeskunde’ voorheen een apart vak was op de katholieke theologische faculteiten. Het ging hierbij om een aantal zaken:

- Specifieke pastorale kennis en technieken voor de zielzorg bij zieken
- Gezondheidsaspecten van bepaalde religieuze maatregelen, zoals vasten.
- De geneeskrachtige werking van sacramenten
- Samenwerking tussen priester en arts rond psychopathologie.

Voor dit laatste punt zag Steiner nieuwe mogelijkheden in de samenwerking van deze twee beroepsgroepen. Deze voordrachten cursus is dan ook een belangrijk boek en impuls voor de samenwerking voor de genoemde beroepen.

Vervolgens legt Steiner uit hoe de arts niet alleen met zijn deskundige visie op het lichamelijke vlak (fysiologische en vitale) werkt. Een vanuit de antroposofie werkende arts beïnvloedt met zijn therapie ook de bewustzijnsstoestand van de patiënt. Ook de priester moet zich ervan rekenschap geven, dat zijn (rituele en pastorale) interventie weliswaar vanuit het geestelijke vlak op bewustzijnsniveau plaats vindt, maar deze heeft gevolgen tot in het vitale en fysiologische van de mens.⁹⁹ Steiner waarschuwt ervoor dat het ene beroep zich amateuristisch met het andere beroep bezig houdt of zich op het vlak begeeft en ingrijpt. Dat zou zijn als de priester medicijnen voorschrijft en de arts de communie en zielzorg verstrekt. Hij raadt wel aan samen te werken in die zin, dat elk de ander iets geeft waar hij deskundig is. Zo kan er een juist wederzijds begrip voor elkaar ontstaan.

Leendert Mees, antroposofisch arts, schetst deze verhouding in Figuur 41 en vermeldt daarbij ook het door Steiner in verband gebrachte beroep leraar. Hij voegt psycholoog en zielzorger aan dit zelfde middenveld toe: alle drie de beroepen werken in het sociale, de psycholoog meer vanuit het medische, de zielzorger meer vanuit het geestelijke van de religie. Opvallend hieraan is dat volgens hem Steiner het beroep van de geestelijk verzorger midden tussen priester en arts plaatst, tussen het sacramentele en het medische. Dit beroep heeft een eigen gebied, de geestelijke verzorging van de mens, maar is wel met het sacramentele en het medische verbonden.



Figuur 41: Schets van Leendert Mees bij zijn exemplaar van de eerste voordracht uit de Pastoral-Medizinische Kurs (Steiner 1973)

⁹⁹ "Therapie führt das Leben hinein in das Bewusstsein. Der Kultus mit dem Sakramentalismus führt das Bewusstsein in das Leben." (Steiner, 1973, p. 17)

par. 6.3: Samenvatting en antwoord op de vraagstelling

De in de inleiding gestelde onderzoeksvraag luidde: *“Hoe kan een antroposofische visie op mens en ziekte richting geven aan vormen van counseling door de geestelijke verzorging?”*

De achtergrond van deze vraag is gelegen in de situatie van zieke mensen, die begeleiding nodig hebben om met hun ziekte en een opname om te gaan. In een gesprek tussen patiënt en counselor worden beiden niet alleen beïnvloed door hun levensverhaal, maar ook door levensbeschouwelijke aspecten, zoals mensbeeld, levensbeschouwing en visie op ziekte. Deze scriptie gaat in op de rol die een antroposofisch mensbeeld aan voor de geestelijk verzorger en voor de patiënt kan hebben.

In hoofdstuk 2 werd duidelijk hoe verschillend mensen hun situatie van ziekte interpreterten en ermee omgaan. Hierin spelen verschillende aspecten van coping een rol: de relevantie, oriëntatie en evaluatie (evt. met hun levensbeschouwelijke component) als ‘primary appraisal’, maar ook de manier waarop doelen en middelen voor coping en zingeving gehanteerd worden. Voor de handelingspraktijk van de counselor is het belangrijk hierin ook aandacht te hebben voor de levensbeschouwelijke visie van de patiënt op ziekte, zodat dit in het gesprek betrokken kan worden.

In hoofdstuk 3 werd het antroposofisch mensbeeld beschreven. Het gaat hierbij om een spiritueel mensbeeld met een bredere (holistische en kosmische) samenhang, waarbij de mens als wezen in ontwikkeling uit vrijheid centraal staat. Vanuit dit mensbeeld komen gedachten op over de samenhang tussen mens, ziekte en levensverhaal die uitmonden in opvattingen rond gezondheid in een gedifferentieerde pathologie en salutogenese. Dit mensbeeld met haar kenmerken is net als andere holistische geïntegreerde mensbeelden onderhevig aan bepaalde ethische kaders. Hierbij zijn het niet opdringen van het eigen mensbeeld en het houden van aandacht voor de ervaring van zinloosheid de belangrijkste.

In hoofdstuk 4 lazen we hoe bestaande antroposofische gespreksmethodes de situatie en zingeving van een patiënt kunnen helpen verkennen door middel van:

- belevingsgerichte oordeelsvorming en waarde gerichte besluitvorming
- verbeelding, karakterisering en objectivering,
- verkenning van verschillende levensgebieden en aspecten van de identiteit
- synchrone en diachrone reflectie op de huidige situatie en de identiteit

Deze technieken met hun kenmerkende elementen sluiten daarbij aan bij de pastorale handelingspraktijk van de geestelijk verzorger en lijken als zodanig mogelijkheden te bieden.

In hoofdstuk 5 werd dit ook in de handelingspraktijk van sommige antroposofische werkende hulpverleners zichtbaar door een paar observaties en inventarisaties van de vragen die zij in hun gesprekspraktijk stellen. Bij deze observaties werd duidelijk hoe het antroposofisch mensbeeld en gesprekstechnieken bij hen zichtbaar worden. Daarna werd gekeken hoe hun interventie bijdraagt aan een proces van coping en zingeving en concreet gesproken tot een gespreksmodel kan leiden. Deze lijst met vragen kan ook door niet-antroposofische geestelijk verzorgers gebruikt worden.

In hoofdstuk 6 werd vervolgens nagegaan hoe een geestelijk verzorger kan reflecteren op de eigen professionaliteit en de verhouding tot levensbeschouwing en professioneel handelen. Ook wordt duidelijk hoe een antroposofisch geestelijk verzorger of arts andere referentiekaders heeft dan de collega’s die niet vanuit deze levensbeschouwing werken of deze beroepsmatig inzetten.

Deze onderzoeksvraag kan volgens mij als volgt beantwoord worden:

Een antroposofische visie op mens en ziekte kan aan counseling aan patiënten op de volgende manieren bijdragen:

- Door een *inhoudelijke verdieping* aan te brengen van het holistisch mensbeeld en handreikingen te bieden om levensverhaal en ziekte in een holistisch kader te plaatsen,
- Door *gesprekstechnieken en een gespreksmodel* aan te bieden waardoor de geestelijk verzorger gericht de hele mens en het hele verhaal achter de patiënt aan bod kan laten komen, maar ook adequater samen biografische bronnen voor zingeving kan aanboren.

Verder draagt bovenstaand onderzoek nog op een tweetal manieren bij aan de bezinning op de professionaliteit van de geestelijk verzorger:

- Het onderzoek naar deze antroposofische bijdrage draagt door haar ethische bewustwording rondom herkaderen en vraagstellingen die levensbeschouwelijk gemotiveerd zijn, ook bij aan een bezinning op het eigen professioneel handelen van de geestelijk verzorger.
- Het onderzoek naar levensbeschouwelijk gekleurd professioneel handelen van de geestelijk verzorger draagt bij aan de bezinning op de professionele afbakening van arts, psycholoog en geestelijk verzorger.

par. 6.4: Summary (English)

In this thesis I answer the main question: *“How can an anthroposophical anthropology and view on illness direct forms of counselling by pastorals counsellors?”* The background of this focus is the situation of ill people who need pastoral care in coping with their illness and their stay in the hospital. In a conversation between patient and counsellor both are mutually not only being affected by their biographies, but also by more existential aspects connected to their anthropology, life-view and (spiritual) view on illness. This thesis zooms in on the possible role of an anthroposophical anthropology for a pastoral counsellor and patient.

In the second chapter I made clear how people interpret and cope with their situation of illness in the most different ways. Different aspects of coping play a part: not only relevance, orientation and evaluation (possibly with their religious aspects) as ‘primary appraisal’, but also the way means and goals are being used for coping and the search for significance. For the professional practice of a pastoral counsellor it is important to have attention for the (spiritual) view on illness, so this can be involved in the conversation.

In the third chapter I describe the anthroposophical anthropology. This is a spiritual anthropology with a broader, holistic and cosmic view, which places the development of the human-being – out of freedom - central. Out of this anthropology ideas evolve about the connection between the human-being, illness and biography, which lead to conceptions about health as in differentiated pathology and salutogenesis. This anthropology with her characteristics is - just like any other holistic integrated anthropology - subordinate to certain ethical frames. The most important are to not obtrude one’s own anthropology upon someone and to keep attention for experiences of senselessness.

In the fourth chapter I worked out how existing anthroposophical methods of conversation can help explore the situation of a patient and his/her search for significance by:

- Experience-orientated forming of judgments and value-orientated making of decisions,
- Imagination, characterisations and objectivities,
- Exploration of different aspects of life and identity,
- Synchronical and diachronical reflection on the current situation and identity.

These techniques with their characteristics follow on the pastoral practice of the counsellor and seem to offer possibilities.

In the fifth chapter this was also made visible in the practice of some antroposophically working caregivers by describing interventions and questions exercised in their practices. Here it became more clear how they make the anthroposophical anthropology and techniques of conversation incarnate. Afterwards I described how their interventions can contribute to the process of coping and the search for significance, and more concrete, how they can lead to a conversational model. This list of questions can also be used by non-anthroposophical counsellors.

In the sixth chapter I looked into how a counsellor can reflect on the own professionalism and the relation to life-view and professional practice. Also it became clear that an anthroposophical counsellor or doctor has other frames of reference than colleagues who do not live by this life-view or implement it in a professional way.

So my main question of research can be answered as follows:

An anthroposophical anthropology and view on illness can contribute to the counselling of patients in the following ways:

- By giving *a deepening in contents* of the holistic anthropology and helping hands to place biography and illness in a holistic frame,
- By offering conversational techniques and models, so the counsellor can create more space for the whole human-being and the whole biography of the patient, but can also strike more adequately biographical sources in the search for significance.

Furthermore, this exploration contributes in two ways to reflecting on the professionalism of the pastoral counsellor.

- The research of this anthroposophical contribution contributes also, because of her gaining of ethical consciousness on reframing and questions being asked, to the reflection on the own professional practice of the pastoral counsellor
- The research on the life-view coloured professional practice of the pastoral counsellor contributes to the professional framing of the doctor, psychologist and the counsellor himself/herself.

BIJLAGEN

Bijlage A – Vooronderstellingen (Doorn, 1990, pp. 11-12)

1. De mens is niet per toeval ontstaan, maar ook niet als eindprodukt geschapen. Hoge geestelijke wezens hebben ons in een dusdanige vorm geschapen dat we in relatieve afzondering, en daardoor in relatieve vrijheid, geestelijke kwaliteiten kunnen veroveren die we na een lange evolutie kunnen terugschenken aan de wereld waaruit we stammen.
2. Deze kwaliteiten zijn deugden als eerlijkheid, liefde, moed, trouw, creativiteit. Sommige kwaliteiten komen ons ‘aanwaaien’ omdat we er een voorgeboortelijke blauwdruk van in ons hadden. Nieuwe kwaliteiten moeten we ons echter op eigen kracht veroveren. Dit is weer mogelijk als we een zo groot mogelijke vrijheid hebben ontwikkeld.
3. Om vrijheid van handelen te kunnen verkrijgen, moeten we leren omgaan met de beperkingen die ons gegeven zijn doordat we geboren zijn in een sterfelijk lichaam en in een wereld waar ook het kwaad zich doet gelden.
4. Omdat het bij het veroveren van geestelijke kwaliteiten om een langdurig en moeizaam proces gaat, is de mens gezegend met enerzijds sterfelijkheid van het aards omhulsel en anderzijds eeuwigheid van de diepste kern. Deze geestkern verbindt zich vele malen met een lichaam op aarde. Dit heet reïncarnatie.
5. Er is een eindbeeld van hoe de mens uiteindelijk zou kunnen worden. Het voorgeboortelijk schouwen van dit beeld geeft het mensenwezen de moed om steeds opnieuw een aardeleven te beginnen opdat dit eindstadium van volledig mens-zijn ooit bereikt kan worden.
6. In elk leven wordt een beperkt aantal kwaliteiten ontwikkeld. Hoewel we gedurende vele levens in principe steeds alzijdiger kunnen worden, blijft er in elk leven vooralsnog sprake van een eenzijdige ontwikkeling. Deze eenzijdigheid is een uitdrukking van het individuele in iedere mens, maar tegelijkertijd bevat zij de opdracht er vrij mee te leren omgaan.
7. De mens is sterfelijk om niet voor eeuwig vast te lopen. De dood is een verlossing van onze eenzijdigheid. Om te voorkomen dat we in een volgend leven de eenzijdigheid van het vorige zonder meer opnieuw oppakken, is het nodig dat we ons in eerste instantie de vorige levens niet herinneren.
8. Er is invloed waar te nemen van onze vorige levens: in de cultuur en de geschiedenis die we als mensheid delen. Individueel en collectief ontwikkelde kwaliteiten worden bewaard en doorgegeven. Ook is de werking van vorige levens terug te vinden in de specifieke opbouw van onze ‘omhullingen’: onze lichamelijke kenmerken, onze psychische eigenschappen, talenten en tekorten. We kunnen vorige levens vermoeden op grond van onze huidige gegevenheden, maar ook in de mensen die we ontmoeten en de dingen die ons overkomen.
9. De eeuwigheid van de kern maakt het mogelijk verantwoordelijkheid voor de eigen daden te nemen. De ontwikkeling van individuele mensen vertoont dan ook over verscheidene levens, maar ook binnen één leven, een samenhang en een navolgbaar verloop. De wetmatigheid die een continuïteit tijdens en tussen verschillende levens bewerkstelligt, heet karma.
10. De ontwikkeling van de enkeling is ingebed in die van groepen. Op die manier is er sprake van een weefsel van individuele levensdraden. Het karma is gelaagd, in die zin dat de wetmatigheden die een groep mensen betreffen, anders zijn dan die welke het individu beïnvloeden.
11. De manier waarop zowel ons lichaam is gebouwd als de structuur van het sociale weefsel waarin we zijn opgenomen, valt onder de werkingen van het karma. Het kennen van de eigen lichamelijke, psychische en geestelijke constellatie brengt ons dicht bij het kennen van ons karma.

12. Via innerlijke scholing kunnen we zowel een dieper inzicht in de werking van het karma als exactere herinneringen aan vorige levens verwerven. Echter ook aan de hand van het zintuiglijk waarneembare kunnen we komen tot kennis van het bovenzintuiglijke. (...) Innerlijke scholing omvat ook het ontwikkelen van de bovenzintuiglijke waarneming.

Bijlage B - Onderzoeksbrief

Aan: artsen en geestelijk verzorgers met een antroposofische achtergrond

Datum: 10 april 2014

Betreft: deelname gevraagd aan onderzoek

Geachte mevrouw / meneer,

Ik benader u omdat u arts of geestelijk verzorger bent die vanuit of met het antroposofisch mensbeeld werkt. Ik wil u vragen mij te helpen met een onderzoek. Ik zal u de doelstelling en gang van zaken van het onderzoek toelichten.

Ik schrijf een scriptie voor de Masteropleiding 'Theologie en Geestelijke Verzorging' aan de Universiteit Utrecht. Deze scriptie gaat onder andere over de vragen die artsen en geestelijk verzorgers (u dus) stellen als zij met patiënten/cliënten praten over diens ziekte. Ik heb zelf een antroposofische achtergrond en heb tijdens mijn stage in een ziekenhuis gemerkt dat het zeker mogelijk is om die achtergrond vruchtbaar in te zetten bij de begeleiding van patiënten. Veel komt aan op het hoe van de vragen en de methode die je volgt. In mijn scriptie werk ik daarom de processen van coping, waaronder zingeving, van de patiënt uit in het omgaan met diens ziekte. Ook werk ik het antroposofisch mensbeeld en de bestaande antroposofische counseling-methodes uit. Met dit onderzoek wil ik vervolgens beschrijven hoe in de praktijk van geestelijk verzorger en antroposofische arts gewerkt wordt.

Ik zou u willen vragen om – met hun toestemming – drie tot zes gesprekken met patiënten/cliënten op recorder op te nemen. Het gesprek gaat (onder andere) over hun ziekte en hoe zij daarbij omgaan. De bijgaande brief kunt u aan de patiënt geven als informatie, op de bijgaande lijst noteert u zijn toestemming. U stuurt vervolgens de opnames naar mij op een af te spreken manier. Ik zal dan uit het gesprek alleen de vragen noteren, de inhoud van het gesprek blijft uiterst vertrouwelijk. Alleen u weet de identiteit van de patiënt: zo hoop ik dat de privacy en beroepsgeheim goed bewaakt wordt. De verdere inhoud van het gesprek wordt niet door mij geanalyseerd, alleen de vragen die u stelt. Na de beoordeling van de scriptie worden de opnames door mij verwijderd.

Een andere mogelijkheid is dat u zelf de vragen opschrijft die u in het gesprek hebt gesteld (het liefst wel vanuit een opname) en mij doet toekomen. Waarschijnlijk heeft u dan geen schriftelijke toestemming nodig van de patiënt. Maar graag neem ik u dit werk uit handen en analyseer ik zelf de opname om een indruk van uw aanpak te krijgen.

Ik hoop van harte dat u aan dit onderzoek wilt meewerken! Als u dat wilt, kan ik u een recorder lenen. In ieder geval krijgt u een exemplaar van de scriptie en draagt u bij aan een wetenschappelijke onderbouwing van een antroposofische counseling-methode rondom patiënten.

Met vriendelijke groet,

Feike Weeda

BIBLIOGRAFIE

- Baars, E. (2005). *De bijdrage van de antroposofische eerstelijnszorg aan de vermindering van de 'Burden of disease' in Nederland. Een explorerende pilotstudie*. Driebergen: Louis Bolk Instituut.
- Baars, E., Meij, A. v., Bie, G. v., Schoorel, E., & Bos, A. (Red.). (2011). *Imaginatie, inspiratie, intuïtie. Handboek antroposofische onderzoeksmethoden*. Amsterdam: SWP Amsterdam.
- Benesch, F. (1987). *De religieuze impuls in de antroposofie: de kosmische kultus*. Zeist: Christofoor.
- Boogerd, C. (2010). Gezondheid en levenslot. *Vrije Opvoedkunst*, 26-29.
- Bos, A. (1974). *Oordeelsvorming in groepen. Polariteit en ritme als sleutel tot ontwikkeling van sociale organismen*. Wageningen: Veenman en zonen.
- Bos, L. e. (2003). *Oordeelsvorming. Een weg naar innerlijke vrijheid*. Assen: Nearchus.
- Burkhard, G. (2004). *Je leven in de hand nemen. Werken aan je eigen biografie*. Zeist: Christofoor.
- Campbell, J. (2011). *De held met de duizend gezichten. De oorspronkelijke betekenis van de verhalen uit de godsdienst en mythologie*. Amsterdam: Contact.
- Chavannes, M. (2012). *Orgaantransplantatie en -donatie. Een spirituele visie*. Amsterdam: Pentagon.
- Clinebell, H. (1995). *Counseling for spiritually empowered wholeness. A hope-centered approach. Originally published as Growth Counseling*. New York - London: Haworth.
- Dam, J. v. (2007). *Het zesvoudige pad. Basisoefeningen voor spirituele ontwikkeling*. Zeist: Vrij Geestesleven.
- Dam, J. v. (2012). *Stemmingen menskundig beschouwd*. onbekend: Antroposofische Zorg.
- De Haan, S. (2013, juli). De existentiële dimensie van de psychiatrie: een enactivistische benadering. *Psyche & Geloof. Tijdschrift van de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten*, 24(2), 130-140.
- De Vries-Schot, M. (2013, juli). Het biopsychosociaalspiritueel model (BPSS): pragmatisch en alomvattend. *Psyche & Geloof. Tijdschrift van de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten.*, 24(2), 112-118.
- Den Dulk, R. (2010). *Levensvragen. Een vraagbaak bij biografisch zelfonderzoek*. Ferwert: Centrum Sociale Gezondheidszorg.
- Dijkstra, J. (2007). *Gespreksvoering bij geestelijke verzorging. Een methodische ondersteuning om betekenisvolle gesprekken te voeren*. Soest: Nelissen.
- Doolaard, J. (Red.). (2006). *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging*. Kampen: Kok.
- Doorn, M. v. (1990). *Karma als kans. Zingeving en koersbepaling in het dagelijks leven*. Zeist: Vrij Geestesleven.
- Dullaart, L. (2004). *De dierenriem. Een ontwikkelingsweg door het jaar*. Assen: Nearchus.
- Eibach, U. (1991). *Heilung für den ganzen Menschen? Ganzheitliches Denken als Herausforderung von Theologie und Kirche*. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlag.
- Favre, A. (1994). *Access to western esotericism*. Albany: State University of New York.

- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller : body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Frieling, R. (1994). *Psalmen*. Zeist: Christofoor.
- Furlong, M. (1989). *Heksenkind*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Ganzevoort, R. (1994). *Een cruciaal moment. Functie en verandering van geloof in een crisis*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Ganzevoort, R., & Visser, J. (2007). *Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding*. Zoetermeer: Meinema.
- Glas, G. (2009, december). Modellen van 'integratie' in de psychologie en psychiatrie. *Psyche & Geloof*, 20(3/4), 152-193.
- Glöckler, M. (2003). *De oerbronnen van gezondheid: salutogenese*. Dronten: Centrum Sociale Gezondheidszorg.
- Groot, M. d. (2001). *De innerlijke ruimte. Een spirituele weg*. Baarn: Ten Have.
- Hanrath, T. (2000). Geestelijke verzorging in het hart van de zorg: de professionele identiteit van de geestelijk verzorger in een veranderende zorgcontext. *Praktische Theologie*, 27(4), 96-106.
- Hefti, R. (2013, juli). The extended biopsychosocial model: a whole-person-approach to psychosomatic medicine and psychiatry. *Psyche & Geloof. Tijdschrift van de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten*, 24(2), 119-129.
- Heitink, G. (2000). De opkomst van de pastor. *Praktische Theologie*, 27(4), 356-364.
- Hijweege, N. (2010). Samenwerking tussen geestelijk verzorger en psycholoog in het licht van de transformatie van religie. *Psyche & Geloof*, 21(3), 139-146.
- Huber, M., Knottnerus, A., Green, L., Horst, H. v., Jadad, A., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343-5.
- Josuttis, M. (1996). *Die Einführung in das Leben. Pastoraltheologie zwischen Phänomenologie und Spiritualität*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Keirse, M. (2004). *Omgaan met ziekte. Een gids voor de patiënt, het gezin en de zorgverlener*. Tiel: Lannoo.
- Kienle, G., Albonico, H.-U., Baars, E., Hamre, H., Zimmermann, P., & Kiene, H. (2013, november). Anthroposophic Medicine: An integrative medical system originating in Europe. *GAHMJ*, 2(6), 20-31.
- Knippenberg, T. v. (2005). *Existentiële zielzorg. Tussen naam en identiteit*. Zoetermeer: Meinema.
- Koob, O. (2007). *Wat onze organen ons te vertellen hebben. Wat is de basis van onze fysieke en psychische gezondheid?* Zeist: Christofoor.
- Kronjee, G., & Lampert, M. (2006). Leefstijlen in zingeving. In WRR, *Geloven in het publieke domein* (pp. 171-208).
- Lans, J. v. (2006). Zingeving en zingevingsfuncties van religie bij stress. In v. A. Heeswijk, J. Kerssemakers, R. v. Uden, L. Vergouwen, & H. Zock (Red.), *Religie ervaren: godsdienstpsychologische opstellen* (pp. 72-127). Tilburg: KSGV.
- Leget, C. (2003). *Ruimte om te sterven: Een weg voor zieken, naasten en zorgverleners*. Tiel: Lannoo.
- Lievegoed, B. (1976). *De levensloop vande mens. Ontwikkeling en ontwikkelingsmogelijkheden in verschillende levensfasen*. Rotterdam: Lemniscaat.

- Lievegoed, B. (1983). *Mens op de drempel*. Zeist: Vrij Geestesleven.
- Manschot, H., & Van Dartel, H. (2003). *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Mees, L. (1981). *Das menschliche Skelett. Form und Metamorphose*. Stuttgart: Urachhaus.
- Menken-Bekius, C. (2001). *Werken met rituelen in het pastoraat*. Kampen: Kok.
- Menken-Bekius, C., & Van der Meulen, H. (2007). *Reflecteren kun je leren. Basisboek voor pastoraat en geestelijke verzorging*. Kampen: Kok.
- Mönnink, H. d. (2000). *Verlieskunde: Handreiking voor de beroepspraktijk*. Maarssen: Elsevier.
- Moos, R. H., & Davis Tsu, V. (1979). The crisis of physical illness: an overview. In R. H. Moos (Red.), *Coping with physical illness* (pp. 3-21). New York - London: Plenum Press.
- Moos, R., & Schaefer, J. (1986). Life transitions and crises. In R. Moos (Red.), *Coping with life crises: an integrated approach* (pp. 3-28). New York: Plenum Press.
- Oderwald, A. (1995). Leven in twee werelden: chronisch zieken over zichzelf. In C. Spreeuwenberg, G. v. Bos, F. v. Boom, & S. Driessen (Red.), *Met het oog op autonomie. Zorg, opvang en begeleiding van chronisch zieken* (pp. 7-28). Assen: Van Gorcum.
- Paloutzian, R. F. (1983). *Invitation to the psychology of religion*. Glenview, Illinois: Scott, Foresman.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion. Theory, research, practice*. New York: Guilford.
- Priess, G., & Weber-Wied, R. (sd). *Arbeiten mit dem Triptychon I-II-III*. Opgehaald van www.biography-work.org.
- Prinsenbergh, G. (1996). *De tocht door het labyrint. Biografisch werken als begeleiding op de levensweg*. Utrecht: Servire.
- Reinhard, J. (2006). *Lunge, Leber, Niere, Herz. Kleine Menschenkunde. Von den Stoffwechselfaufgaben zu den unsichtbaren Vorgängen im Lebens-, Selen- und Geistorganismus*. Merligen: eigen beheer.
- Reitsma, F. E. (2001). *Levensloop en lotsbestemming. Gezichtspunten voor de terugblik op de levensloop*. Zeist: Christoffor.
- Riemeck, R. (1985). *Glaube - Dogma - Macht. Geschichte der Konzilien*. Stuttgart: Urachhaus.
- Rooijackers, W. (2000). Pastoraat als geestelijke verzorging in het algemeen ziekenhuis. *Praktische Theologie*, 27(4), 375-391.
- Saal, J. (2005). *Sociale gezondheidszorg in levensloop en gemeenschapsvorming*. Dronten: Centrum Sociale Gezondheidszorg.
- Saal, J. (2010). *Biografie en ziekte*. Dronten: Centrum Sociale Gezondheidszorg.
- Scherer-Rath, M. (2007). Contingentie en religieus-existensiële zorg. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 10(43), 28-36.
- Smeets, W. (2000). Kennismakingsgesprekken van geestelijk verzorgers in een algemeen ziekenhuis. *Praktische Theologie*, 27(4), 420-443.
- Smit, J. (2006). *Tot de kern komen. De kunst van het pastorale gesprek*. Kampen: Kok.
- Soer, W. (2013). *Autobiografisch schrijven. Waar wij het over hebben wanneer wij het over ons leven hebben*. Zeist: Christoffor.
- Soesman, A. (1987). *De twaalf zintuigen. Een inleiding in de antroposofie aan de hand van de zintuigleer van Rudolf Steiner*. Zeist: Vrij Geestesleven.

- Spijker - Niemi, A. v. (1994). *Niet alleen met hart en ziel: pastorale diagnostiek in een psychiatrisch ziekenhuis. Doctoraalscriptie Praktische Theologie VU Amsterdam.* Amsterdam.
- Steiner, R. (1973). *Pastoral-Medizinischer Kurs.* Dornach: Rudolf Steiner Verlag.
- Steiner, R. (1991). *De weg tot inzicht in de hogere werelden.* Bilthoven: Stichting Rudolf Steiner Vertalingen.
- Steiner, R. (1991). *Gedichten, spreuken, meditaties.* Bilthoven: Stichting Rudolf Steiner Vertalingen.
- Steiner, R. (1994). *Theosofie.* Zeist: Stichting Rudolf Steiner Vertalingen.
- Steiner, R. (1996). *Kerngedachten van de antroposofie.* Nuth: Stichting Rudolf Steiner Vertalingen.
- Steiner, R. (1998). *De filosofie van de vrijheid.* Nuth: Stichting Rudolf Steiner Vertalingen.
- Steiner, R. (2003). *Gezondheid, ziekte, genezing.* Zeist: Christofoor.
- Steiner, R. (2004). *Werkingen van het karma.* Zeist: Stichting Rudolf Steiner Vertalingen.
- Steiner, R. (2007). *Das gespiegelte ich. Der Bologna-vortrag - die philosophischen Grundlagen der Anthroposophie.* Dornach: Rudolf Steiner Verlag.
- Steiner, R. (2008). *Esoterische scholing.* Zeist: Vrij Geestesleven.
- Treichler, R. (1981). *Die Entwicklung der Seele im Lebenslauf. Stufen, Störungen und Erkrankungen des Seelenlebens.* Stuttgart: Freies Geistesleben.
- van Schrojenstein Lantman, R. (2007). *Levensverhalen in het ziekteproces. Over geestelijke verzorging en interdisciplinaire samenwerking.* Dwingeloo: Kavanah.
- Van Uden, M., & Pieper, J. (1996). *Religie in de geestelijke gezondheidszorg.* Nijmegen: KSGV.
- Veltman, W. F. (1993). *Mensen en planeten. Een kosmisch georiënteerde psychologie.* Zeist: Christofoor.
- VGvZ. (2010). *Beroepsstandaard voor geestelijk verzorger in instelling.* Opgehaald van VGvZ: <http://www.vgvz.nl/userfiles/files/beroepsstandaard.pdf>
- Wais, M. (1995). *Biografische verkenningen.* Zeist: Christofoor.
- Wais, M., Glöckler, M., & Köhler, H. (1998). *Individu en levenslijn. De rode draad in de levensloop.* Zeist: Christofoor.
- Walton, M. (2012). *Rollen en competenties van de geestelijk verzorger als expert levensbeschouwelijke zorgverlener.* ongepubliceerd.
- Weg, J. v. (2013, oktober). Mazelen, meningen en mensbeelden. Antroposofische kijk op gezondheid en ziekte. *Motief*(176), 20-23.
- Werkgroep Nieuwe Religieuze Bewegingen. (2000). *Hunkering naar heelheid. Het nieuw-religieuze verlangen naar een authentiek bestaan.* De Katholieke Raad voor Kerk en Samenleving.
- Wilber, K. (1993). *Overgave en strijd. De groei van inzicht en liefde tijdens het leven en sterven van Treya Wilber.* Amsterdam: Karnak.
- Witsenburg, B. (2011). *Genezen, dialoog tussen lichaam en ziel. gezondheid, ziekte en therapie in het licht van 30 jaar huisarts-holistisch onderricht.* Almere: De Morgenster.
- Wormer, P., Chavannes, L., & Koopmans, A. (2002). *Kijk op karma. Lotselementen in de levensloop.* Zeist: Vrij Geestesleven.

Yalom, I. (2000). *Acceptance speech to the 2000 Oscar Pfister Prize*. Opgehaald van www.yalom.com