

“ Heeft u verder nog vragen? ”

De aandacht voor en de plaats van zingevingsvragen in de GGZ.

Marja I.N. Hofman - de Groot

Doctoraalscriptie Pastorale Psychologie
Rijksuniversiteit Utrecht
Faculteit der Godgeleerdheid

Scriptiebegeleider: Dr. J.Z.T. Pieper
Tweede lezer: Dr. C.J. Menken-Bekius

Zoetermeer, augustus 2008

Studentnummer: 9964193

Inhoudsopgave:

Hoofdstuk 1 . De opzet van het onderzoek	1
1.1. Schets van het probleemveld.	1
1.2. Het onderzoeksvoorstel	2
1.2.1. De vraagstelling	2
1.2.1.1. Toelichting op het begrip GGZ	3
1.2.2. De onderzoeksvragen.	3
1.2.3. Doelstelling	3
1.2.4. Methode van onderzoek en hoofdstukindeling	3
Hoofdstuk 2. Toelichting op enkele attenderende begrippen	6
2.1. Psyche en geest, psychisch en geestelijk; existentieel en spiritueel/spiritualiteit.	6
2.1.1. Inleiding	6
2.1.2. Psyche en geest, psychisch en geestelijk	7
2.1.3. Existentieel	9
2.1.4. Spiritualiteit/ spiritueel	10
2.1.4.1. Wat versta ik onder spiritualiteit en onder spiritueel.	10
2.1.4.2. Spiritualiteit en religie	11
2.1.4.3. Enkele voorbeelden uit de literatuur.	12
2.2. Zingeving en zingevingsvragen	13
2.3. Ziektemodel en toelichting van een drietal ziektemodellen.	13
2.3.1. Ziektemodel.	13
2.3.2. Toelichting van enkele ziektemodellen.	14
2.3.2.1. Het biomedische model.	14
2.3.2.2. Het biopsychosociale model.	15
2.3.2.3. Het biopsychosociaalspirituele model.	16
Hoofdstuk 3. Zingeving, theoretisch benaderd.	20
3.1. Inleiding.	20
3.2. De vroegste inzichten en onderzoeken met betrekking tot zingeving.	20
3.3. Zingeving als psychische activiteit.	24
3.3.1 Enkele wezenskenmerken van de mens.	24
3.3.2. Zingeving als psychologisch proces.	26
3.3.2.1. Enkele inleidende noties.	26
3.3.2.2. Het conceptuele model van Van der Lans.	26
3.4. Kenmerken, feiten en opvattingen met betrekking tot zingeving.	28
3.4.1. Inleiding.	28
3.4.2. Het begrip ‘zin’.	28
3.4.3. Zingeving verloopt veelal onbewust.	29
3.4.4. De zinvraag wordt expliciet gesteld.	30
3.4.5. Kenmerken van zingevingsvragen.	30
3.4.6. Zingevingsvragen worden gesteld bij zingevingproblemen.	31
3.4.7. Zingevingsvragen zijn verbonden met het levensverhaal.	32
3.4.8. Zingeving en zingevingbronnen.	33

Hoofdstuk 4. Welke aandacht geven therapeuten en psychiaters aan levensbeschouwelijke- en zingevingsvragen?	36
4.1. Enkele inleidende noties.	36
4.1.1. Een kort resumé.	36
4.1.2. Aandacht voor zingevingsvragen groeit.	36
4.1.3. De hulpvrager heeft zingevingsvragen.	37
4.1.4. Nog weinig aandacht in de therapie voor levensbeschouwing en zingeving.	37
4.1.5. De opzet voor verder onderzoek.	38
4.2. Een drietal benaderingswijzen	39
4.2.1. De persoonsgerichte benadering.	39
4.2.2. De symptoomgerichte benadering.	39
4.2.2.1. Een recente ontwikkeling in de GGZ, t.g.v. de symptoomgerichte benadering	40
4.2.2.1.1. De recente ontwikkeling in de GGZ.	40
4.2.2.1.2. Een kanttekening bij de voornoemde ontwikkeling binnen de GGZ.	41
4.2.3. De kortdurende probleemgerichte benadering.	42
4.2.3.1. Een bijdrage van Bruinsma- de Beer.	43
4.2.3.2. Een onderzoeksresultaat van Debats.	43
4.2.4. Waar vinden we de drie voornoemde benaderingen terug in de GGZ.	44
4.3. De plaats van en aandacht voor zingeving(svragen), levensbeschouwing en geloof in de psychiatrie.	44
4.3.1. Negatieve berichtgeving uit het praktijkveld.	44
4.3.2. Positieve berichtgeving uit het praktijkveld.	45
4.3.3. Theoretische bijdrage van Mooij, die een nadere verklaring biedt.	46
4.3.4. Toelichting op de verdere opbouw en inhoud van 4.3.	48
4.3.5. Het onderscheid in werkterrein, taak en competentie tussen enerzijds de psychotherapeut en anderzijds de geestelijk verzorger.	49
4.3.5.1. Gerichtheid, taak en competentie van de psychotherapeut.	49
4.3.5.2. Gerichtheid, taak en competentie van de geestelijk verzorger.	51
4.3.5.3. Criteria voor een psychisch gezonde godsdienstigheid. 52	
4.3.6. Een ontwikkelingslijn in de psychiatrie, vanaf ca. 1950 tot heden.	53
4.3.7. Uitwerking van de hermeneutische benadering in de psychiatrie.	54
4.3.7.1. Welke argumenten en bevindingen vormen de aanleiding om vanuit hermeneutisch perspectief met patiënten te werken?	55
4.3.7.2. Het belang van het betrekken van levensbeschouwing, geloof en zingevingsproblematiek bij de psychiatrische anamnese	56
4.3.7.3. Hoe worden geloof, levensbeschouwing en zingevingsvragen gehanteerd door de hermeneutisch georiënteerde psychiater?	57
4.3.7.4. Wat beoogt de psychiater, zo werkend met de patiënt, te bereiken?	58
4.3.8. Argumenten, om geloof, levensbeschouwing en zingevingsvragen geen vanzelfsprekende plaats in de psychiatrie te geven.	59
4.3.8.1. Inleiding	59
4.3.8.2. De citaten.	61
4.3.9. Afsluitende opmerkingen naar aanleiding van voorgaande bevindingen.	69
4.4. De plaats van en aandacht voor zingeving, levensbeschouwing en geloof bij psychotherapeuten.	70
4.4.1. Inleiding.	70
4.4.2. Horen zingevingsvragen, levensbeschouwing en geloof thuis in de psychotherapie?	71

4.4.3.	Waarom nog te weinig plaats voor zingevingsvragen in de psychotherapeutische praktijk?	72
4.4.4.	Onderzoek onder (psycho)therapeuten, werkzaam bij het RIAGG.	72
4.4.5.	Lijnen, die zichtbaar worden met betrekking tot psychotherapeuten.	73
4.5.	Drie mogelijk belemmerende factoren voor het opnemen van zingevingsvragen in hetzij de psychiatrische, hetzij de psychotherapeutische praktijkvoering.	75
4.5.1.	De traditionele gerichtheid van de therapeut.	75
4.5.2.	Het zorgbeleid op instellingsniveau.	76
4.5.3.	De persoon van de therapeut.	77
Hoofdstuk 5. Conclusies en aanbevelingen.		79
5. 1.	Conclusies.	79
5.1.1.	De eerste onderzoeksvraag.	79
5.1.2.	De tweede onderzoeksvraag.	79
5.1.3.	De derde onderzoeksvraag.	80
5.1.4.	De vierde onderzoeksvraag.	80
5.1.5.	De vijfde onderzoeksvraag.	81
5.1.6.	De zesde onderzoeksvraag.	81
5.1.6.1.	Hoe valt dit verschil te benoemen?	82
5.1.6.2.	Hoe valt dit verschil eventueel te verklaren?	83
5.1.6.3.	Beantwoording van de derde onderzoeksvraag.	85
5.2.	Aanbevelingen.	87
Summary.		91
Literatuurlijst.		93

Hoofdstuk 1. De opzet van het onderzoek.

1.1. Schets van het probleemveld.

In de zesde klas van de middelbare school mochten we ons alvast laten inschrijven voor twee studierichtingen. Ik koos voor medicijnen en psychologie.

Diep in m'n hart wist ik, dat ik het liefst theologie zou gaan studeren, maar daar voelde ik me op die leeftijd niet aan toe: hoe kon ik immers náást mensen staan in hun vreugde en verdriet, in hun ontredde-ning of onzekerheid, als ik zelf nog geen eigen antwoorden had op de vragen waar het leven je soms voor stelt....

Vanwege de huiselijke situatie moest ik echter van studeren afzien. Negen jaar later, in 1979, was het wel mogelijk om met studeren te beginnen en koos ik alsnog voor theologie.

Deze scriptie schrijf ik dus in het kader van de studie theologie en meer in het bijzonder vanuit het hoofdvak pastorale psychologie.

Waarom vertel ik eerst dit stukje persoonlijke geschiedenis? Wel, het illustreert een aantal van mijn motieven voor de keuze van dit scriptieonderwerp: mijn belangstelling voor zingevingsvragen en voor gezondheidszorg.

Met deze scriptie zou ik o.a. graag een pleidooi willen houden voor een integrale gezondheidszorg en hier mogelijk een bijdrage aan leveren. Dit hangt ongetwijfeld samen met de waarde die ik hecht aan een holistische benadering van de (zieke) mens.

Als achttienjarige durfde ik de studie theologie nog niet aan, maar ik meende ook als arts of psychotherapeut aandacht te kunnen hebben voor zingevingsvragen die bij de hulpvragende mens leven, al was het op een meer indirecte en daardoor voor mij 'veiliger' wijze. Ik zou immers niet alleen te maken krijgen met 'een ziek lichaam' of 'een niet goed functionerende psyche', maar met een 'hele mens'.

Wat destijds voornamelijk nog een gevoel was, kan ik nu uiteraard beter benoemen: ziekte of psychische nood heeft haar weerslag op deze hele mens in al zijn dimensies: op het fysieke, het sociale, het psychische én het geestelijke niveau.

Elk van deze niveaus kent zijn eigen deskundigen, allen met hun eigen professie. Maar werken deze deskundigen, ondanks hun specialisatie, ieder vanuit een holistische visie op de mens, zodat er sprake kan zijn van een integrale gezondheidszorg?

Hebben zij ook weet van elkáárs deskundigheid en werken zij in voorkomende situaties sámen, om een optimale kwaliteit van de zorg te garanderen?

Vanuit mijn veelvuldige en gevarieerde ervaring met de gezondheidszorg heb ik de indruk gekregen, dat onze kennis omtrent ziekte en gezondheid uiteen is gevallen in wel erg veel disciplines, met zich steeds verder afsplitsende specialisaties. Op zich is daar niets mis mee, ware het niet dat iedere (deel)discipline te vaak meent zélf wel voor 'de' oplossing te kunnen zorgen. Te vaak blijkt het besef verdwenen te zijn, dat men zo nu en dan ook elkaars expertise nodig heeft om een bepaald individu optimale zorg te kunnen bieden, de zorg die hij als 'hele mens' behoeft.

Dat deze samenwerking tussen disciplines met name in de gezondheidszorg van belang is, komt voort uit het feit dat hierin de hulpbehoevende *mens* centraal staat. Zoals we zagen, is een mens niet een ééndimensionaal, maar een meerdimensionaal wezen. Als we een optimale bijdrage willen leveren aan zijn kwaliteit van leven, dan zal er gelijkelijk aandacht moeten zijn voor de mens als fysiek, sociaal, psychisch én geestelijk wezen.

Naast de genoemde belangstellingssferen is er een direct verband tussen dit scriptieonderwerp en een onderzoek dat mijn studiebegeleider, dr. J.Z.T. Pieper, uitvoert samen met enkele docenten van de UU en enkele pastores van het UMC. Aanleiding tot dat onderzoek was de

klacht van sommige patiënten in het UMC, dat artsen weinig oog hebben voor hun (diepere) zingevingsvragen, een klacht die de geestelijk verzorgers konden bevestigen.

Nu komen we dezelfde klacht ook tegen bij (ex)psychiatrische patiënten en (ex)cliënten van een psychotherapeut. Ook zij geven vaak aan, zich niet ‘gehoord’ of ‘gezien’ te voelen door hun therapeut.

Dit is een maatschappelijk probleem: krijgt een patiënt in een crisisvolle, dus kwetsbare situatie de optimale zorg die hij, juist *dán*, zo nodig heeft? Kunnen de medisch specialist, de psychiater en de psychotherapeut de signalen van hun patiënten en cliënten, die duiden op zingevingsvragen, onderkennen en hanteren en weten zij vervolgens de weg naar de geestelijk verzorger te vinden?

Hier stuiten we op dezelfde vraag, die eerder al is omschreven: sluit de zorgketen goed op elkaar aan? Is er sprake van een integrale gezondheidszorg vanuit een holistische visie op de mens? Het lijkt er te vaak op dat elke professie zo lang mogelijk voort ‘doktert’, mede door gebrek aan kennis van of aandacht voor de ‘knowhow’ van de andere beschikbare professie. Te vaak is sprake van verkokering en bureaucratisering in de zorg.

In het voornoemde onderzoek wordt de vraag, in hoeverre de arts (specialist) oog heeft voor zingevingsvragen van zijn patiënt, verder uiteengelegd en onderzocht. Dit bracht mij op het idee om onderzoek te gaan doen naar de aandacht voor- en plaats van zingeving binnen de GGZ.

Dat een geestelijk verzorger alert is op mogelijke zingevingsvragen van zijn cliënten en het als één van zijn taken ziet deze bespreekbaar te maken, zal als vanzelfsprekend worden aangenomen. Die attitude en vaardigheid horen immers bij zijn professie, evenals het op *zijn* beurt kunnen inschatten, of zijn cliënt begeleiding behoeft van bijvoorbeeld een psychotherapeut. Maar hoe is het gesteld met de aandacht voor zingevingsvragen in de psychiatrische en psychotherapeutische praktijk?

In deze scriptie gaat het over de aandacht voor en de plaats van zingevingsvragen bij werkers in de GGZ, speciaal in het contact dat binnen deze sector de psychiater heeft met zijn patiënt en de psychotherapeut (als gespecialiseerde psycholoog) met zijn cliënt.

Met dit onderwerp hoop ik ook een aanvulling te geven op voornoemd onderzoek. Als naast de medisch specialist/ arts ook de psychiater en de psychotherapeut oog hebben voor zingevingsvragen van hun cliënten en kunnen inschatten óf en wanneer de hulpvrager doorverwezen moet worden naar een geestelijk verzorger, dan is de cirkel van de zorg (bijna) weer rond en valt niemand tussen wal en schip.

1.2. Het onderzoeksvoorstel

1.2.1. De vraagstelling

De vraagstelling luidt: In hoeverre is er aandacht en plaats voor zingevingsvragen in de GGZ?

Ik onderscheid expliciet de begrippen aandacht en plaats.

Aandacht hebben voor zingevingsvragen betekent, dat de hulpverlener in de GGZ het van belang acht, aan deze vragen aandacht te schenken in de therapeutische setting.

Plaats geven aan zingevingsvragen wil zeggen, dat de therapeut deze vragen ook een geïntegreerde plaats geeft in zijn therapeutische begeleiding.

1.2.1.1. Toelichting op het begrip GGZ:

In de geestelijke gezondheidszorg (afgekort: GGZ) zijn drie beroepsgroepen werkzaam, te weten: eerstelijns psychologen, psychotherapeuten en psychiaters. Vanuit de literatuur heb ik geen beeld kunnen krijgen van de wijze waarop in de eerstgenoemde beroepsgroep omgegaan wordt met zingevingsvragen van de hulpvrager. Daarover werd vrijwel niet gesproken. In de scriptie kan ik, met betrekking tot het onderzoeksthema, dus alleen iets zeggen over de twee laatst genoemde beroepsgroepen.

Ruysbroek (2001, RIVM) omschrijft het werkterrein en de taken van de geestelijke gezondheidszorg als volgt: “De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) biedt behandeling, zorg en begeleiding aan mensen met psychische problemen en stoornissen. Zij draagt bij aan de verbetering van de geestelijke gezondheid en kwaliteit van leven van de patiënt (Tonnaer, 1999). Een andere taak van de GGZ is het voorkómen van psychische problemen. De GGZ streeft naar het bevorderen en herstellen van de geestelijke gezondheid en/of het dragelijk maken en houden van duurzame psychische problemen.”

1.2.2. De onderzoeksvragen.

De verschuldigde toelichting op wat ik onder diverse andere, gebezigde begrippen, zoals zingeving, zingevingsvragen, psychisch, geestelijk, e.a. versta, verplaatsend naar hoofdstuk II, tracht ik nu eerst de vraagstelling te operationaliseren door haar uiteen te leggen in de volgende onderzoeksvragen:

- in hoeverre hebben cliënten in de GGZ zingevingsvragen?
- in hoeverre worden deze zingevingsvragen gesignaleerd door de werkers in de GGZ?
- in hoeverre worden zingevingsvragen betrokken bij de therapie of behandeling door werkers in de GGZ?
- hoe hangt de aandacht voor zingevingsvragen samen met het ziektemodel, dat de werker in de GGZ hanteert?
- blijkt uit de literatuur, of er verschillen zijn tussen enerzijds de psychiatrische en anderzijds de psychotherapeutische praktijkvoering, wat betreft de aandacht voor en plaats van zingevingsvragen van de hulpvrager?
- zo ja, hoe valt dit verschil te benoemen en eventueel te duiden/verklaren?

1.2.3. Doelstelling

Met deze scriptie streef ik een tweetal doelen na:

- bijdragen aan inzicht in de plaats, die zingevingsvragen innemen in de GGZ praktijk;
- aanbevelingen geven voor het omgaan met zingevingsvragen in de GGZ praktijk.

Daarnaast hoop ik met deze scriptie indirect een bijdrage te leveren aan een integrale gezondheidszorg, door het belang te beargumenteren om zingevingsvragen een volwaardige plaats te geven in de therapeutische praktijkvoering.

1.2.4. Methode van onderzoek en hoofdstukindeling

De scriptie zal een verkennende literatuurstudie zijn. Methodisch gezien kent mijn onderzoek minimaal twee beperkingen:

In de eerste plaats baseer ik mij op literatuur en ga ik uit van hetgeen de diverse auteurs daarin stellen. Zelf doe ik geen expliciet praktijkonderzoek om een en ander te verifiëren.

In de tweede plaats blijkt dat, wat betreft de beschikbare bronnen, vooral in de literatuur die door het KSGV (Katholiek Studiecentrum voor Geestelijke Volksgezondheid) is uitgegeven het thema aan de orde komt dat ik nader wil bestuderen, nl.: in hoeverre is er aandacht én plaats voor zingevingsvragen in de GGZ?

Een groot deel van de literatuur die ik voor deze scriptie gebruik, komt uit deze 'hoek'. Mogelijk brengt dit een zekere eenzijdigheid met zich mee, aangezien vanuit het KSGV expliciet aandacht wordt gevraagd voor zingeving en zingevingsvragen.

Bovendien spitst de vraag naar aandacht voor zingeving en zingevingsvragen in de therapeutische situatie zich in de KSGV-reeks veelal toe op de vraag naar aandacht voor *religieuze* zingeving: in hoeverre moet je ook religieuze vragen betrekken bij de therapie?

De hoofdstukindeling is als volgt:

In hoofdstuk 1. wordt de keuze van het scriptieonderwerp toegelicht en het probleemveld geschetst.

Vervolgens wordt de opzet van het onderzoek beschreven: welke vraagstelling heb ik gekozen, op welke vragen probeer ik een antwoord te vinden, wat beoog ik daarmee te bereiken en langs welke weg ga ik te werk.

Als laatste onderdeel vinden we hier een overzicht van de indeling van de hoofdstukken.

In hoofdstuk 2. ga ik nader in op wat ik versta onder de volgende begrippen:

- psyche en geest, psychisch en geestelijk, existentieel en spiritueel.
- zingeving en zingevingsvragen.
- Ziektemodel. Vervolgens licht ik drie ziektemodellen toe: het biomedische, het biopsychosociale en het biopsychosociaalspirituele model.

In hoofdstuk 3. komen een aantal theoretische facetten van zingeving aan de orde.

Eerst ga ik aan de hand van de dissertatie van D.L. Debats (1996) na, hoe de theoretische inzichten omtrent zingeving in de klinische psychologie zich ontwikkelden vanaf ongeveer het midden van de jaren vijftig tot het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw.

Vervolgens komt zingeving als psychische activiteit aan de orde. Hiervoor maak ik gebruik van de volgende literatuur:

- Jan van der Lans (1992) *Zingeving en Levensbeschouwing*. Een psychologische begripsverkenning. In: Fred Eijkman (red.) *Weer zin leren. Over levensbeschouwing en educatie*. Best, Damon, p. 7-20.
- J.H.M. Mooren, (1988) *Levensbeschouwing, halsband of leidraad*. In: Willem Berger, Jacques Kerssemakers en Johan Wellen (red.) *Psychotherapie en levensbeschouwing*. Baarn, Ambo.
- Mooren, Jan Hein (1998) *Zingeving en cognitieve regulatie*. Een conceptueel model ten behoeve van onderzoek naar zingeving en levensbeschouwing. In: Jacques Janssen, Rien van Uden & Hans van der Veen (red.) *Schering en Inslag. Opstellen over religie in de hedendaagse cultuur*. KSGV, Nijmegen, p. 193-206.

Tot slot beschrijf ik een aantal aannames en bevindingen met betrekking tot zingeving, die we in de literatuur veelvuldig tegen komen en waar consensus over blijkt te bestaan.

In hoofdstuk 4. ga ik in op de aandacht en plaats, die zingeving en zingevingsvragen in de praktijksituatie krijgen van enerzijds de psychiater en van anderzijds de psychotherapeut. Zijn er verschillen waar te nemen en zo ja, hoe zijn die te benoemen? Met welke factoren houden deze verschillen mogelijk verband?

Daarnaast wil ik na gaan, of de genoemde aandacht voor en plaats van zingevingsvragen binnen de beide beroepsgroepen zélf een homogeen beeld of juist een uiteenlopend beeld laten zien. Kunnen we, bij een gevarieerd beeld binnen één beroepsgroep, factoren vinden die het beeld kunnen verklaren.

In hoofdstuk 5 sluit ik af met enkele conclusies over de lijnen die we gevonden hebben als antwoord op onze onderzoeksvragen. Vervolgens doe ik enige aanbevelingen.

Aanvullende opmerkingen vooraf:

- Vanwege de leesbaarheid schrijf ik ‘hij’, ‘hem’ of ‘zijn’, waar ook ‘zij’ of ‘haar’ had kunnen staan.
- Cursiveringen *binnen een citaat* zijn afkomstig van de geciteerde auteur zelf. Onderstrepingen binnen een citaat zijn afkomstig van de schrijver van deze scriptie, evenals cursiveringen en onderstrepingen *buiten* een citaat.
- In 2.1.4.3., 3.4.8.en 4.5.3. citeer ik uit een artikel van Mia Leijssen (2004, p. 241-268): “Zingeving en zingevingproblemen vanuit psychologisch perspectief”. Een oorspronkelijke versie van haar artikel is niet verkrijgbaar in ons land via UB of KB. Ik maak gebruik van de digitale versie, waarop *geen* paginanummering vermeld wordt en die, qua aantal pagina’s, niet parallel loopt met het oorspronkelijke artikel. Waar ik verwijs naar of citeer uit dit artikel, vermeld ik daarom geen paginanummer.
- M.H. staat voor Marja Hofman

Hoofdstuk 2. Toelichting op enkele attenderende begrippen

In dit hoofdstuk geef ik aan, wat ik onder de volgende begrippen versta:

1. psyche en geest, psychisch en geestelijk; existentieel en spiritueel /spiritualiteit.
2. zingeving en zingevingsvragen.
3. ziektemodel.

Tevens geef ik onder punt 3. een beschrijving van een drietal ziektemodellen van waaruit momenteel gewerkt wordt in de (geestelijke) gezondheidszorg.

2.1. Psyche en geest, psychisch en geestelijk; existentieel en spiritueel/spiritualiteit.

2.1.1. Inleiding

Wanneer we ons gaan bezig houden met de vraag, hoe het gesteld is met de aandacht voor zingevingsvragen in de geestelijke gezondheidszorg en onze bevindingen afzetten tegen de wijze waarop we graag zouden zien dat met zingeving en zingevingsproblematiek wordt omgegaan, dan kan het niet anders of ons eigen mensbeeld speelt een rol bij de wijze waarop we deze problematiek benaderen: wat is de waarde, wat is de betekenis van zingeving voor het functioneren van een mens, wanneer noemen we een mens ‘gezond’ en speelt zingeving daar volgens ons een rol bij?

De aandacht, die we in de therapeutische relatie willen schenken aan zingeving en zingevingsvragen zal bepaald worden door de invloed die we eraan toekennen om enerzijds ziekte en anderzijds (geestelijke) gezondheid te bevorderen of zelfs te bewerkstelligen.

Aanleiding om hier eerst mijn ‘eigen’ mensbeeld toe te lichten is het feit, dat in de literatuur zingeving veelal wordt beschouwd als ‘het topje van psychische activiteit’. Zelf denk ik hier iets genuanceerder over. Zingeving vindt m.i. plaats *via* onze psychische functies, maar zie ik als een in wezen *geestelijke* activiteit.

In de literatuur worden de termen ‘psychisch’ en ‘geestelijk’ niet eenduidig gebruikt. Soms worden ze als synoniemen opgevat. Vaker wordt de term ‘geestelijk’ gereserveerd om het domein van religie en levensbeschouwing aan te duiden.

Ook de termen existentieel en spiritueel blijken niet steeds dezelfde inhoud toebedacht te krijgen.

Nu is dit alles ook een lastige en nauwelijks ‘grijpbare’ materie. Maar toch, we hebben opvattingen en ontwikkelen theorieën over een ‘goede’, ‘correcte’ begeleiding van (zieke) mensen. Impliciet is ons mensbeeld daarmee verweven. Willen we nu met elkaar van gedachten kunnen wisselen over deze opvattingen en theorieën en willen we verder komen dan gevoelens van sympathie of antipathie t.o.v. bepaalde behandelingswijzen, dan is het gewenst, dat we ook expliciet zicht hebben op deze aannames over ‘de mens’, zowel die van onszelf als die van onze collega’s.

Een volgende stap zou kunnen zijn, dat we deze (vaak impliciete?) aannames bespreekbaar én onderzoekbaar stellen. Hoe meer inzicht we krijgen in het wezen ‘mens’, hoe beter de kwaliteit van de gezondheidszorg kan worden.

Ter explicitering wil ik opmerken, dat ‘mijn’ mensbeeld mede gevormd is door het gedachtegoed van vele anderen, onder wie in het bijzonder Rudolf Steiner.

Het gaat er niet om, of dit mensbeeld ‘juist’ is, evenmin of het ‘onjuist’ is, maar om het feit dat de wijze waarop ik op dit moment een en ander zie, mede bepaalt hoe ik datgene, wat ik in de literatuur tegenkom, benader en (eventueel) beoordeel.

2.1.2. Psyche en geest, psychisch en geestelijk

De mens zie ik als een eenheid naar lichaam, psyche/ziel en geest. In onze ziel als klankbodem leven talloze, veelal onbewuste, patronen en krachten: neigingen, hartstochten, driften, begeerten, instincten, emoties, aantrekking, afstoting...

Zou de ziel slechts op zich bestaan, dan zou ze een afgesloten bewustzijnsveld blijven, dat zich niet van zichzelf bewust kan worden.

In de ziel zijn echter ook onze psychische functies werkzaam: denken, voelen en willen. Deze functies zijn lichamelijk gefundeerd. We hebben ze te danken aan het feit dat we geboren worden in een lichaam (denk bijvoorbeeld aan onze hersenen, ons zenuwstelsel, onze zintuigen, enzovoorts).

De ontwikkeling van onze psychische vermogens vereist een rijpingsproces. Een klein kind kan nog niet zo goed abstract denken als een twintigjarige. Ons strafrecht voorziet niet in berechting van een vierjarige: zijn gedrag en zijn wilsimpulsen vallen nog niet onder zijn eigen verantwoordelijkheid, maar onder die van de (volwassen) ouders.

Maar als de psychische ontwikkeling vordert, worden we op een bepaald moment als het ware 'wakker' aan ons lichaam, gaan we onszelf beleven als een afzonderlijk individu, afgescheiden van de ander. Dit alles worden we ons bewust in de psyche, waar zovele indrukken binnen komen via onze ervaringen, via onze zintuigindrukken, via al die krachten (begeerten, driften, emoties, etc.) die in ons leven.

Door het fysieke element (ons lichaam) komen we tegenover de ander te staan. Het is 'mijn' zieleleven, je voelt je terug geworpen op jezelf.

Het bewustzijn, dat zich op dit lichaamsbeleven baseert, noem ik dan het *ego*: de 'aardemens' heeft een egobewustzijn.

Zou een mens alléén bestaan uit lichaam en psyche/ziel, dan zou hij opgaan in zijn emoties, driften en begeerten, dan zou zijn denken gestuurd worden door deze egocentrische krachten, gericht op zelfhandhaving en zelfbehoud en zou zijn handelen, zonodig niets en niemand ontziende, erop gericht zijn om deze egocentrische behoeften en oogmerken te realiseren.

Niets of niemand zou hem uit deze vicieuze cirkel kunnen bevrijden, ook niet het 'topje' van zijn psychische activiteit. Hoe kunnen uit het ego voortkomende gedachten, emoties en wilsimpulsen immers nieuw, kalmerend, bevrijdend, licht werpen op diezelfde door het ego gevoede gedachten, emoties en wilsimpulsen? Met andere woorden: hoe kun je jezelf aan je eigen haren het moeras uittrekken?

Kijk naar het dier. Het wordt geleefd door zijn instincten, driften en emoties. Het is gebonden aan zijn natuur en kan niet besluiten, vanuit bewustzijn van en inzicht in zichzelf, bewust te gaan werken aan zichzelf.

Hoe kan een mens nu orde aanbrengen in zijn psychische huishouding, hoe kan hij *wel* uitkomen boven zichzelf?

Wel, een mens is niet alleen een lichaam en ziel/psyche, maar ook een drager van een menselijk Ik, onze geest. Hoewel het geestelijke niet van het psychische is te scheiden, is het wel te onderscheiden. De geest verbindt. Met de geest overstijgen we onze lichamelijke en psychische afgescheidenheid. Als ik mijn geestelijke impulsen volg, kan ik mij weer verbinden met de ander, met de Ander, met het Al.....

De psyche zie ik als een intermediair tussen lichaam en geest. Enerzijds ervaren we in de psyche de krachten van onze lagere natuur: onze egokrachten dienen zich aan via ons denken, voelen en willen. Anderzijds kan ook de geest zich door middel van diezelfde psychische functies - denken, voelen en willen -, kenbaar maken aan het individu.

In de literatuur vinden we deze laatste gedachte terug bij Bouwer (2005, p. 73-74). Hij onderschrijft het standpunt, waarin de psyche wordt gezien als functie van de geest: "De psyche is

het orgaan waarmee het geestelijke bewust wordt ervaren met het oog op heelheid, zin en betekenis"... "De geest overstijgt het individu, maar manifesteert zich in het lichaam en de psyche".

Als drager van een menselijk Ik, onze geest, onderscheidt de mens zich van het dier. Op het moment dat de geest werkzaam wordt in (de psyche van) de mens, verheft hij zich weliswaar boven het dier, maar tegelijkertijd blijft zijn lagere natuur aanwezig en manifesteert deze zich eveneens in de psyche.

Nu begint die zware klus, om bewust te werken aan jezelf, om met behulp van de inzicht schenkende geest te proberen je lagere egonatuur om te vormen. Waar verbindt je je mee, door welke impulsen laat je je leiden, welke keuzes maak je. Stel je je denkvermogen, je gevoelsleven en je wilskrachten in dienst van de geestelijke impulsen, die je in jezelf ervaart, van je morele intuïties, van wat je innerlijk ervaart als 'het goede', 'het ware', 'het schone'... of geef je je over aan je driften, je emoties, je gewoonteleven, je ego-centrische behoeften... In feite is een mens burger van twee werelden. Maar in de richting van welke wereld stuur je als kapitein je schip? Dit vraagt bijna dagelijks om wakkerheid en in zekere zin om 'strijd'. Waar de opvoeding met circa 18 jaar ophoudt, begint de zelfopvoeding.

Ook Paulus lijkt deze strijd ervaren te hebben toen hij verzuchtte: "Want niet wat ik wens, het goede, doe ik, maar wat ik niet wens, het kwade, dát doe ik" (Rom. 7:19).

In het dagblad Trouw (8 maart 2008) wordt een dichtregel van Marnix Gijsen geciteerd:

"Al wat 'k gedaan heb, heb ik goed gedaan
behalve leven".

Zo'n citaat behoeft geen nadere uitleg. Maar omdat we over *geest* beschikken, blijft de oer-verbinding bestaan, hebben we *deel* aan de wereld van de geest, kunnen we zelfverwerkelijking blijven nastreven, kunnen we uitgroeien tot individualiteit.

Welke zijn nu de mogelijkheden, die een mens heeft op basis van zijn geestbeginsel?

Mijns inziens dankt een mens de volgende mogelijkheden aan het feit dat hij een geestdrager is (waarbij ik geen volledigheid nastreef):

- zelfbewustzijn
- zelfreflectie
- transcenderend vermogen
- zingevend vermogen
- morele intuïties
- het vermogen om onvoorwaardelijk lief te hebben
- het vermogen om zelf sturing te geven aan eigen zieleroerselen, door bewuste keuzes te maken en verantwoording te dragen
- idealen, diepste verlangen(s), hoop, vertrouwen
- scheppend, creatief vermogen

Nu kan een hoger ontwikkeld dier ook tot op zekere hoogte 'denken', maar een dier overstijgt zichzelf niet, het blijft gebonden aan zijn natuur en zijn hooguit ééndimensionale denkkader. Onze menselijke hersenen zijn echter zodanig briljant ontwikkeld (we kunnen waarnemen, wetmatigheden ontdekken, ons iets herinneren, ons iets voorstellen, abstraheren, fantaseren, etc.), dat wij onszelf via onze hersenen ook bewust als geestwezen kunnen ervaren en kenbaar maken.

We zien dan de mens via zijn psychische functies in actie: enerzijds als mens met bovengenoemde kwaliteiten, zij het in velerlei gradaties van ontwikkeling, en anderzijds als mens met zijn egobehoeften, emoties en overige egokrachten, eveneens in grote individuele verscheidenheid. En bij dit alles zoekt de mens steeds naar innerlijk evenwicht, een evenwicht waarin hij zijn leven als zinvol kan ervaren of op zijn minst het leven uit kan houden.

2.1.3. Existentieel

Letterlijk kan dit begrip vertaald worden als: “het (menselijk) bestaan betreffende”, waarbij dan vooral bedoeld wordt op het bestaan van het individu in de altijd aanwezige spanning tussen ‘het zijn’ en ‘het niet-zijn’, tussen ‘het zijn’ en de dood, en de onvermijdelijke gevoelens van eenzaamheid die daarmee gepaard gaan.

Zelf associeer ik ‘existentieel’ en ‘existentiële vragen’ met de fase die ik hierboven als volgt beschreef: “...als de psychische ontwikkeling vordert, worden we op een bepaald moment als het ware ‘wakker’ aan ons lichaam, gaan we onszelf beleven als een afzonderlijk individu, afgescheiden van de ander,.... je voelt je terug geworpen op jezelf”.

Deze mens ervaart zichzelf (nog) niet als een geestelijk wezen, maar hij gaat op zo’n moment wel vragen stellen, levensvragen, zin vragen, vragen die cirkelen rond de thema’s vanwaar, waarheen, waartoe.

Op vele plaatsen in de literatuur vinden we een soortgelijke gedachtegang. Ik noem er drie.

Uleijn (1986, p. 58) schrijft over existentiële vragen en angst, die kunnen opdoemen rond de ‘middenleeftijd’, als we geconfronteerd worden met de bekende grenssituaties.

Hij noemt de mens die zich begint te realiseren hoe vergankelijk het menselijke bestaan is en de onafwendbare *dood* ziet naderen. De persoon, die merkt dat de kosmos kil en ongevoelig blijft bij wat hem overkomt en zich daardoor pijnlijk ongeborgen voelt. De mens, die diep doordrongen raakt van zijn *vrijheid* en verantwoordelijkheid en de *eenzaamheid* beseft die daarmee gepaard gaat. In laatste instantie sta je er alleen voor en blijkt alles *zinloos* te zijn.

Hier wordt dus de mens beschreven die ten diepste teruggeworpen is op zichzelf: de existentiële situatie ten voeten uit.

Iemand die zich expliciet bezighoudt met existentiële vragen is Yalom (1980).

Bij deze opsomming van Uleijn valt de overeenkomst op met de vier existentiële probleemvelden die Yalom als zodanig noemt in zijn boek *Existential Psychotherapy*, namelijk de dood, de vrijheid, de afzondering (isolation) en de zinloosheid.

De inhoud van het existentiële conflict wordt, volgens Yalom, dan gevoerd door de confrontatie van het individu met elk van deze vier levensfactoren (p. 8).

Het beeld dat Yalom ons schetst, is dat van de individuele mens die geworpen is in een universum dat geen enkele zin, geen enkele betekenis heeft. Yalom zoekt geen antwoorden in transcendente richting. Hij beperkt zich in zijn boek tot niet-transcendente zin vragen.

Als derde noem ik Mariët van Zanten – van Hattum (1993, p. 63-64) (verder: Van Zanten).

Zij spreekt over een ‘diepere existentiële laag’ *onder* de psychische laag.

Bij haar valt de existentiële laag dus *niet* samen met de psychische laag. Zou met deze ‘diepere laag’ de mens als geestwezen bedoeld kunnen worden?

Existentiële gevoelens zijn dan “gevoelens van leegte, van gemis, van algehele verlatenheid, van diep ongelukkig zijn en angst”.

Uit deze beschrijvingen blijkt, dat in een mens, die existentiële vragen gaat stellen, de geestelijke dimensie actief wordt: hij wordt zich van zichzelf bewust als individueel mens, eenzaam, afgescheiden van de ander. Hij gaat nadenken over zichzelf en zijn situatie en in de derde plaats gaat hij vragen naar de zin van dit alles, vraagt hij naar de betekenis van zijn leven en zijn mens-zijn, zoekt hij naar antwoorden, zij het dat hij de antwoorden (vooralsnog) niet zoekt in transcendent perspectief.

Als een mens existentiële vragen gaat stellen, doet hij dit dus vanuit een geestelijke activiteit, namelijk met behulp van zelfbewustzijn, zelfreflectie en zingevend vermogen.

Veel levensvragen zullen samenvallen met existentiële vragen, vragen over ons eigen bestaan als individueel mens.

2.1.4. Spiritualiteit/ spiritueel

2.1.4.1. Wat versta ik onder spiritualiteit en onder spiritueel.

Als we op straat willekeurige voorbijgangers zouden vragen: “wat verstaat u onder spiritualiteit?”, dan zouden we ongetwijfeld een breed scala aan antwoorden krijgen, zoals: ‘iets vaags’, ‘iets zweverigs’, ‘iets wat met new-age te maken heeft’, ‘iets met geloof’, ‘iets met meditatie’, ‘iets hogers’, enzovoorts.

Evenmin als bij de begrippen ‘psychisch’, ‘geestelijk’ of ‘existentieel’ het geval is, blijkt er in de literatuur sprake te zijn van “eenduidigheid ten aanzien van de conceptualisering van het begrip ‘spiritualiteit’.” (Bouwer, 2004, p. 173).

Wat versta ik zelf onder spiritualiteit? Wanneer noem ik iemand ‘spiritueel’?

Ik sluit me aan bij een zienswijze die we meerdere malen in de literatuur tegen komen, onder andere bij Van Belzen en Bras.

Van Belzen (1998, p. 219, 220) formuleert het op een drietal manieren. Twee daarvan citeer ik:

“Ter aanduiding van die subcategorie van menselijk leven, die meer of minder bewust en gearticuleerd een relatie met transcendentie aangaat en vorm geeft, kan de term ‘spiritualiteit’ gehanteerd worden.”

Als minimale omschrijving stelt hij voor: “vormgeving aan betrokkenheid op transcendentie”. Deze omschrijving “bedoelt spiritualiteit te vrijwaren voor accaparatie door een religieuze invulling; spiritualiteit is geenszins synoniem met religiositeit.”

Bras (2002) schrijft in het Friesch Dagblad: “Wanneer mensen levensvragen en levensinzichten betrekken op het ‘transcendente’, alleen dan zou ik willen spreken van spiritualiteit,” en voorts: “spiritualiteit duidt op contact maken met je innerlijke bron.”

In een andere bijdrage van hem (2004, p. 127) citeert hij de definitie van spiritualiteit van Aalders: “*Overal waar de mens met bewuste bedoelingen en op een min of meer methodische wijze bezig is zijn leven te doen beantwoorden aan een transcendente zingeving, is sprake van spiritualiteit.*”

Me aansluitend bij deze opvatting, versta ik onder *spiritueel*, dat een mens beseft of vermoedt, dat hij deel uitmaakt van een groter, samenhangend, zinvol geheel en hier vorm aan tracht te geven.

Op het moment dat het transcendente aspect een rol gaat spelen in iemands leven, hetzij bij de duiding van zijn vragen (cognitief niveau), hetzij bij zijn beleving (affectief niveau), hetzij bij zijn streven (motivationaleel niveau) of op meerdere van deze niveaus tegelijkertijd, dan zou ik willen spreken van het zichtbaar worden van de spirituele dimensie. Een dimensie trouwens, die in ieder mens *potentieel* aanwezig is.

Van spirituele zingeving is sprake als we de betekenis, de waarde en het doel van ons persoonlijke leven trachten te vinden in ‘het transcendente’, in iets dat uitreikt boven onszelf als individu.

Eerder zagen we, dat met een *existentiële* beleving het zoekproces begint: mensen gaan zingevingsvragen stellen. Vanuit zijn ratio, ervaringen en beleving vraagt de mens: vanwaar? waarom? waartoe? Zoals we zagen, veronderstelt dit gebeuren geestelijke activiteit, namelijk zelfbewustzijn, zelfreflectie en een bewust zingevingsproces.

Wanneer nu ook een vierde geestelijk vermogen, namelijk het transcenderende vermogen, een rol gaat spelen in de zoektocht naar antwoorden op levensvragen, spreek ik van ‘spiritualiteit’.

Het gaat dan om een levenshouding, waarin men zich wil verbinden met wat men ervaart als de uiteindelijke, fundamentele werkelijkheid.

2.1.4.2. Spiritualiteit en religie

Ik ben het met Van Belzen eens, dat deze fundamentele werkelijkheid zowel binnen als buiten bestaande religieuze kaders ervaren kan worden. Deze gedachte komen we op meerdere plaatsen in de literatuur tegen. Ik noem er zes.

Bij Van den Berg (2001, p. 10) lezen we: “Spiritualiteit hoort bij het mens-zijn en kent verschillende inspiratiebronnen. Die inspiratiebronnen kunnen religieus zijn, maar dat hoeft niet. Het is goed om een onderscheid te maken tussen spiritualiteit, ... religie en geloof.”

Als spiritualiteit bij het mens-zijn hoort en zowel religieus als niet-religieus kan worden ingevuld, dan volgt hieruit, dat een mens, ook in een tijd van secularisatie, steeds weer nieuwe, als zinvol ervaren inspiratiebronnen zal zoeken en vinden.

Bouwer (2004, p. 173) hanteert een wijsgerig-antropologische conceptualisering van de term spiritualiteit. Op basis daarvan kan gezegd worden: “Personen, die niet in een God geloven zijn ook spirituele wezens.”

Bras (2004, p. 137) zegt in dezelfde uitgave: “Spiritualiteit kan de vorm aannemen van godsdienstigheid, maar dat is niet noodzakelijk. Zeker in onze gesecculariseerde samenleving komen we spiritualiteit tegen zonder betrokkenheid op een persoonlijke God. De kern van spiritualiteit is het ervaren van zinvolheid en het gevoel van verbondenheid. Het ervaren van een hogere macht wordt door velen, maar niet door allen, ... als een kernelement gezien.”

In het Friesch Dagblad schrijft Bras (2002), dat spiritualiteit in de literatuur vanuit het hulpverleningscircuit doorgaans heel ruim wordt gedefinieerd en vaak wordt onderscheiden van geloof en kerk.

Tiesinga (2004, p. 62) stelt: “Het lijkt erop, dat religieuze spiritualiteit deels plaats maakt voor niet-religieuze spiritualiteit.”

Bras (2002) slaat allicht een brug tussen beide vormen van spiritualiteit als hij zegt: “Religie zie ik als een bepaalde vorm van spiritualiteit. Het is een universele waarde. Het gaat hierbij dan niet om uiterlijkheden, maar om de innerlijke beleving. Spiritualiteit richt zich meer op innerlijke transformatie dan op aangeleerde regels van buiten af.”

Van den Berg stelt dus, dat spiritualiteit *bij het mens-zijn hoort* en verschillende inspiratiebronnen kent, *waaronder* religie.

Als Tiesinga spreekt over religieuze én niet-religieuze spiritualiteit, dan past deze tweedeling volledig in de opmerking van Van den Berg.

Bouwers opmerking past ook in het zelfde beeld: een mens is spiritueel en van daaruit al dan niet gelovend in een God.

Bras geeft aan, dat als kern van spiritualiteit het ervaren van (een als zinvol beleefde) *verbondenheid* gezien kan worden.

Op grond van het bovenstaande zouden we kunnen stellen, dat ‘de religieuze mens’ een ‘deelverzameling’ vormt van ‘de spirituele mens’: een mens die zich wil *verbinden* met wat hij ervaart als de uiteindelijke werkelijkheid. Kenmerk van de spirituele mens is zijn gerichtheid op transcendentie.

Wanneer deze spirituele mens zich nu betrokken voelt op een hogere (transcendente) macht (een God), dan is deze spirituele mens *tevens* religieus.

Religieus (dat gestalte kan krijgen in diverse vormen, namelijk in de verschillende religies, Kranenborg, 1991, p. 40) zie ik als een *mogelijke* invulling van spiritueel.

De opvatting van Van den Berg, dat spiritualiteit bij het mens-zijn hoort, vinden we ook buiten de grenzen van ons land terug. Purton (1998) stelt, dat de natuur van ‘wezens, die onvoorwaardelijk respect verdienen’ (hij doelt hierbij op *mensen*) “is inevitably a spiritual nature”. Onder een ‘spirituele menselijke natuur’ verstaat hij “that there is a dimension to personal existence that goes ‘beyond this life’”.

2.1.4.3. Enkele voorbeelden uit de literatuur.

Afsluitend willen we kijken naar een paar passages uit de literatuur, waarin gesproken wordt over ‘spiritueel’, ‘transcendent’ en ‘psychisch’. Dit om te laten zien hoe verschillend en daardoor soms verwarrend deze begrippen geïdentificeerd kunnen worden en hoe we zelf, met behulp van bovenstaande toelichting, hier invulling aan zouden willen geven.

Ik beperk me tot een paar passages bij twee auteurs, te weten Jochemsen (2005) en Leijssen (2004).

Jochemsen (2005, p. 12-13) spreekt over problemen, die betrekking hebben op de betekenis die men toekent aan het leven en aan wat mensen daarin overkomt.

“Deze problemen worden wel aangeduid als existentiële problemen of levensproblemen.... Omdat deze kwesties te maken hebben met de geestelijke of spirituele kant van het menselijk bestaan spreken we over spirituele problemen. Los van het spreken over problemen kunnen we zeggen dat de duiding van (de zin van) het leven....te maken heeft met spiritualiteit.”

Door Jochemsen wordt het begrip ‘geestelijk’ dus *gelijk geschakeld* met het begrip ‘spiritueel’. Hierin volg ik hem niet. Een mens stelt mijns inziens existentiële vragen als zijn geestelijke behoefte om zin te ervaren, gefrustreerd (en daarmee aangesproken) wordt en hij, vanuit het zich bewust worden van deze geestelijke werkzaamheid in de psyche, op zoek gaat naar zin.

Spiritualiteit behoort eveneens tot de geestelijke *mogelijkheden* van een mens.

Echter, mijns inziens is niet iedere duiding van existentiële vragen *spiritueel* van aard.

Jochemsen (p. 13) stelt, dat spiritualiteit eerder een *levenshouding* is dan een levensgebied. Dit beamend zie ik deze spirituele houding dan vervolgens tot uiting komen in de wens van iemand om zich te verbinden met iets dat boven hem zelf uitreikt, met dat wat hij ervaart als de uiteindelijke werkelijkheid.

Ik sluit me aan bij Bras en Van Belzen door pas over *spirituele* vragen en spiritualiteit te spreken op het moment dat mensen hun existentiële- of levensproblemen betrekken op het transcendente. Zelf zou ik daarom willen stellen, dat de duiding van het leven te maken heeft met de *geestelijke* dimensie van de mens. Die duiding kan vervolgens *tevens* van spirituele aard blijken te zijn, maar dat *hoeft* niet.

Omgekeerd komt al het spirituele voort uit de (in de psyche werkzame) geestelijke dimensie.

Het tweede voorbeeld betreft een tweetal opmerkingen in een artikel van Leijssen (2004).

1. Als dimensies van het menselijke bestaan onderscheidt zij, naast het fysieke en het sociale niveau, het psychische en het transcendente niveau. Tot het psychische niveau rekent zij onder andere *zelfkennis*, *zelfactualisatie*, *autonomie* en *vrijheid*. Deze vier mogelijkheden zou ik alle vier willen scharen onder de werking van de *geest* in de psyche van de mens.
2. Tot het transcendente niveau rekent Leijssen vervolgens de uitspraak van een persoon, als deze zegt: “ik ben katholiek”. Met deze uitspraak zou hij beklemtonen “hoe het transcendente zijn identiteit bepaalt.”

Zelf ben ik niet geneigd de uitspraak: “ik ben katholiek” te koppelen aan ‘het transcendenten’.

Als individu wordt iemand geboren in een bepaald land, in een bepaalde cultuur, in een bepaald gezin... Zijn levensomstandigheden maken, dat hij in aanraking komt met een bepaald geloof. Vervolgens kan het zijn dat iemand zich als katholiek gaat *beschouwen*.

Maar wat bedoelt een mens eigenlijk, als hij zegt: ‘ik ben katholiek’? Kan hij nu nooit meer boven het ‘katholiek zijn’ uitreiken? Behoort ‘katholiek zijn’ nu tot zijn transcendenten identiteit, met andere woorden: valt zijn mens-zijn samen met katholiek zijn?

‘Transcendent’ houdt voor mij ook ‘spiritueel’ in. De volgende opstelling (‘uitspraak’) zou ik eerder ervaren als afkomstig uit een verbinding met ‘het transcendenten’: “Ik voel me weliswaar het meeste thuis in de katholieke traditie, maar ik ben *mens* en in mijn mens-zijn kan ik jou (met welk geloof dan ook) ontmoeten en zou ik jou als mens ook graag *willen* ontmoeten.”

Door de verbinding met het transcendenten vallen immers de beperkingen weg, die we met ons meedragen als individu, stijgen we boven het persoonlijke (onze godsdienst, onze nationaliteit, ons geslacht, onze taal, onze leeftijd, enzovoorts) uit en vinden we elkaar in het universeel menselijke.

Tot zover een benadering van de begrippen ‘spiritualiteit’ en ‘spiritueel’.

2.2. Zingeving en zingevingsvragen

In deze scriptie staan zingevingsvragen centraal. Iemand, die zingevingsvragen stelt, is echter bezig met zingeving. In die zin hangen beide begrippen nauw samen.

Zingeving blijkt een gecompliceerd concept te zijn, of, zoals Zock (2007, p. 9) het uitdrukt: “een breed en variabel begrip.” In de literatuur wordt het begrip zingeving op velerlei, deels elkaar overlappende, maar ook deels van elkaar verschillende wijzen gedefinieerd.

Van de vele begripsomschrijvingen spreekt die van Nies en Munnichs (1989, p. 53) me het meeste aan: “Zingeving is een procesmatig gebeuren, waarbij het individu betekenis en waarde toekent aan het eigen leven in zijn totaliteit of aan aspecten van het eigen leven, en dat mede tot stand komt in de interactie van het individu met zijn sociale omgeving”.

In hoofdstuk drie zullen meerdere facetten van het begrip zingeving uitgebreid aan de orde komen.

Zingevingsvragen zie ik als de vragen, die aanleiding geven tot dit proces van zingeving.

2.3. Ziektemodel en toelichting van een drietal ziektemodellen.

2.3.1. Ziektemodel.

In de gezondheidszorg wordt gewerkt vanuit diverse opvattingen over wat ziekte en gezondheid inhouden.

Deze opvattingen geven antwoord op vragen als: wanneer noemen we iemand ziek, welke factoren leiden tot ziekte, hoe bewerkstelligen we genezing, aan welke factoren moeten we aandacht schenken als we een zieke genezen willen, maakt het daarbij nog verschil om wat voor soort ziekte het gaat, wanneer noemen we iemand gezond, ... etc.

De opvattingen van de psychiater of psychotherapeut aangaande ziekte en gezondheid vinden we terug in het ziektemodel waartoe hij zich aangetrokken voelt en dat hij hanteert.

Uit de toelichting op enkele ziektemodellen zal blijken, dat de keuze voor een ziektemodel ook het een en ander zegt over het mensbeeld, dat de hulpverlener aanhangt.

Ongetwijfeld hebben in de vele eeuwen van mensheidsgeschiedenis diverse ziektemodellen elkaar in even zo vele culturen afgewisseld. Onderzoek hiernaar valt echter buiten het bestek van deze scriptie.

Wij beperken ons tot een korte beschrijving van de ziektemodellen van waaruit momenteel gewerkt wordt in de (geestelijke) gezondheidszorg. Gezien het onderwerp van deze scriptie volstaat het om de volgende drie typen ziektemodellen nader toe te lichten: het biomedische model, het biopsychosociale model en het biopsychosociaalspirituele model.

2.3.2. Toelichting van enkele ziektemodellen.

2.3.2.1. Het biomedische model.

Van de drie genoemde ziektemodellen is het biomedische model het oudst.

Een verhelderende toelichting vinden we in het artikel van Bruininckx en Mortelmans (1999). In het traditionele biomedische denken wordt een mens geobjectiveerd en gereduceerd tot een *fysiek lichaam*.

Ziekte is een biologische ‘afwijking’, waarvan de oorzaak enkel en alleen te vinden is in het fysieke (dis)functioneren, “met name op het niveau van de genen, de cellen, en de organen.” In dit model is de definitie van ziekte voornamelijk gekoppeld aan het ziektepatroon van *acute* aandoeningen.

Gezondheid wordt slechts in negatieve zin omschreven als “de afwezigheid van ziekte”.

Ziekte komt bij ieder mens op dezelfde wijze tot uiting. De medische behandeling is voor ieder individu dus gelijk.

Het zal duidelijk zijn, dat in dit objectiverende en reductionerende model geen plaats is voor de innerlijke beleving of overige persoonlijke aspecten van de zieke mens.

Zowel Bruininckx & Mortelmans (1999) als Vingerhoets & Berting (2002) reiken dezelfde verklaringen aan voor het categorische denken van het biomedische model:

- De officiële geneeskunde “hield zich tot de jaren zestig van de vorige eeuw vooral bezig met de bestrijding van infectieziektes (acute ziektes)” (2002, p. 2). Ze heeft zich dus met name toegelegd op de behandeling van één bepaald soort ziekte en heeft daarin resultaat geboekt.
- “Acute ziekten hebben een relatief eenvoudig profiel. Over het algemeen hebben ze één duidelijke oorzaak (bijvoorbeeld een bacteriële infectie), een duidelijk begin en einde en zijn ze van korte duur” (1999, p. 28).
- De juiste medische behandeling leidt (veelal) tot genezing.

De genoemde schrijvers vermelden eveneens dezelfde ontwikkelingen die ertoe leidden dat het biomedische model *niet* meer toereikend werd bevonden en de psychologie een plaats kreeg toebedeeld in de somatische gezondheidszorg: na de Tweede Wereldoorlog krijgen we te maken met een hogere levensverwachting. Gekoppeld daaraan zien we een forse toename van het aantal *chronische* ziektes.

Nu kwamen de beperkingen aan het licht van de officiële biomedische geneeskunde, die slechts toereikend bleek om acute ziektes te genezen, maar veelal geen genezing wist te bieden bij degeneratieve, chronische ziektebeelden en andere, meer complexe gezondheidsproblemen.

Bruininckx & Mortelmans (p. 29-30) wijzen op het belangrijke onderzoek van Strauss en Glazer, waarin gewezen wordt op de psychologische en sociale implicaties van een chronische aandoening in het dagelijkse leven van de patiënt. Bovendien bleek ook de *oorzaak* van chronische ziekten vaak niet beperkt te blijven tot de biologische factor.

Mede door deze inzichten groeide het besef, dat psychologie onmisbaar is in een adequate gezondheidszorg en werd de weg gebaad voor het biopsychosociale ziektemodel.

2.3.2.2. Het biopsychosociale model.

George L. Engel (1913-1999), internist én psychiater, geldt als de grondlegger van dit model. Vanaf circa 1950 werd de aandacht van de geneeskunde weer gevestigd op de mens in zijn geheel, door de opkomst van het systeemdenken (Deferme, 2001). Engel (1977) sluit aan bij deze tijdgeest met zijn pleidooi voor een biopsychosociaal georiënteerde geneeskunde.

Anders dan in het biomedische model zijn de aanhangers van dit model zich ervan bewust, dat naast biologische ook psychologische en sociale factoren invloed kunnen uitoefenen op het ontstaan en beloop van somatische ziekteprocessen.

Versluijs-Eering (2004) vermeldt in haar scriptie de gangbare omschrijving van ‘biopsychosociaal’ binnen het Europees Instituut (2003): “een model om aan te geven dat biologische, psychische en sociale factoren een voorbeschikkende, uitlokkende, onderhoudende of versterkende rol spelen bij psychische, sociale of lichamelijke problematiek en/of herstel daarvan.” Bij ziekte blijkt dus sprake te zijn van verschillende soorten oorzakelijke factoren, die ieder op hun beurt van lichamelijke, van psychische of van sociale aard kunnen zijn.

In de “Samenvatting presentatie netwerk dag vaatverpleegkundigen” (2003) worden twee mijns inziens belangrijke consequenties van dit model aangestipt:

“Dit biopsychosociale ziektemodel laat ... zien ..., dat een benadering van ziekte veel breder kan zijn dan alleen medische behandeling: er is ruimte voor gezondheids promotie en ziektepreventie.”

Daarnaast suggereert het model, dat een multidisciplinaire benadering de voorkeur verdient boven een monodisciplinaire benadering.

Het biopsychosociale model biedt inderdaad de handvaten voor een (bepaalde mate van) integrale gezondheidszorg, aangezien men (potentieel) aandacht heeft voor de oorzakelijke factoren van ziekte op zowel fysiek als psychisch en sociaal niveau. Als nu ook de zorgbehoeften van de patiënt met betrekking tot deze drie dimensies geïnventariseerd worden, kan vervolgens een multidisciplinair behandelplan worden opgesteld.

Dit is een grote vooruitgang ten opzichte van het biomedische model, waarin zowel de diagnose als de behandeling zich uitsluitend beperkte tot de lichamelijke dimensie.

Het biopsychosociale model heeft dus zowel consequenties voor de fase van de diagnostiek als voor de fase van het zoeken naar passende behandelingsmogelijkheden.

In de fase van de diagnostiek zal de arts/therapeut zich een goed beeld moeten vormen van de vele mogelijke oorzakelijke factoren van de klachten bij deze individuele mens. Het valt goed te begrijpen dat op een site van het NIVEL (2003) benadrukt wordt, dat de *communicatie* tussen arts en patiënt in dit model van Engel een grote rol speelt.

Dit aspect wordt eveneens benadrukt en nader ingevuld door Weijmar Schultz (2005, p. 3).

Hij haalt Engel (1977) aan, waar deze stelt dat de patiënt een dubbele behoefte heeft: “enerzijds de behoefte om te weten en te begrijpen, anderzijds de behoefte om zich *gekend en begrepen* te voelen”.

Weijmar Schultz pleit voor een psychosomatische benaderingswijze van de patiënt als “*dé* methode om tot de juiste diagnose te komen”. Deze benaderingswijze bestaat uit actief luisteren naar de patiënt, empathie tonen, de klacht serieus nemen en ruimte geven aan emoties (p. 3). Het gewenste effect van een integrale benadering van de patiënt speelt zich dan af op metaniveau: “want hoe men het doet is in de geneeskunde vaak net zo belangrijk als wat men doet.”

Je zou de indruk krijgen dat het biopsychosociale model, op deze wijze toegepast, alles in huis heeft om een holistische gezondheidszorg te realiseren. Momenteel zou dit model ook het meest invloedrijk zijn binnen de geneeskunde (o.a. Leentjes, 2004, p. 430). Tegelijkertijd wijst Leentjes echter op kritiek, die op het model geuit is (p. 430- 431).

Ook van andere kanten komen we kritische geluiden tegen in de literatuur.

Jochemsen e.a. (2004, p. 104-107) stellen: “Met somatische, sociale en psychische problemen zijn zorgverleners in het algemeen heel bekend... Maar tegelijkertijd is er de ervaring dat er dan nog een soort problemen is dat daar niet onder valt. Dat zijn problemen die betrekking hebben op de duiding van het leven en van wat mensen overkomt, bijvoorbeeld ziekte, lijden en dood. Deze worden wel aangeduid als existentiële problemen of levensproblemen. Wij zouden in dit verband willen spreken over spirituele problemen.”

Laatstgenoemde schrijvers verwijzen ook naar de WHO-definitie van palliatieve zorg (1999), waarin *naast* psychische, expliciet *spirituele* problemen genoemd worden (p. 104). Hun conclusie luidt: “Integrale zorg houdt in dat ook op de behoeften en noden van de zorgvrager op spiritueel gebied wordt ingegaan en daaraan zo goed mogelijk wordt tegemoet gekomen.”

Bij Tiesinga (2004, p. 63) lezen we: “Niet zijn of haar ziekte, maar de mens als voelend, denkend en verlangend wezen staat centraal in de zorg. Deze aandacht voor het totale lichamelijke en geestelijke functioneren van de mens bevestigt de behoefte aan holistische, en dus spirituele zorg.”

Als laatste voorbeeld waarin kritiek klinkt op het biopsychosociale model citeer ik Vranckx (2006), journalist, waar hij in zijn recensie van het proefschrift van psychiater De Vries-Schot zegt: “De hedendaagse gezondheidszorg wordt volgens De Vries – Schot gekenmerkt door een eenzijdige medicalisering en psychologisering. Religieuze of spirituele problematiek wordt gewoon niet herkend of vertaald in psychologische concepten.”

“In de hulpverlening wordt momenteel uitgegaan van het ‘biopsychosociale’ model. ... De existentiële of religieuze dimensie blijft vrijwel altijd buiten beeld.”

De Vries – Schot pleit, aldus Vranckx, voor een uitbreiding van het biopsychosociale model naar een biopsychosociaalspiritueel model.

2.3.2.3. Het biopsychosociaalspirituele model.

Op dit model ga ik nader in aan de hand van artikelen van twee auteurs, te weten Charles A. Corr (1992) en Daniel P. Sulmasy (2002).

Het artikel van Sulmasy bevat een bredere theoretische onderbouwing en neem ik daarom als uitgangspunt.

Het artikel van Corr is geschreven vanuit de bevindingen van de hospicebeweging en is vooral praktisch gericht. Zijn artikel geeft ons een nog iets concreter beeld van thema's, die thuis horen in de spirituele dimensie.

Beide auteurs schrijven primair vanuit de situatie waarin men zorg verleent aan stervenden. Sulmasy ziet het moment van sterven echter in relatie tot het leven zelf. Via een theoretische onderbouwing komt hij tot een model, waarin ook spiritualiteit een vaste plaats krijgt binnen de gezondheidszorg.

Evenals Corr onderscheidt Sulmasy vier dimensies die bij het mens-zijn horen: naast de biologische, de psychologische en de sociale ook de spirituele dimensie. Met dit artikel hoopt hij een biopsychosociaalspiritueel zorgmodel te promoten, waarin expliciet plaats is voor spiritualiteit en voor de worsteling van de mens met zijn eindigheid, twee aspecten die onmisbaar zijn, als men in de gezondheidszorg aandacht wil hebben voor de behoeften van de patiënt als ‘hele mens’. (Zijn benaming ‘zorgmodel’ vind ik eigenlijk een mooiere term voor het model van waaruit gewerkt wordt in de gezondheidszorg dan de term ‘ziektemodel’).

Spiritualiteit betreft in zijn visie de relatie van de persoon met het transcendente en ziet hij als een breder begrip dan religie. Hoewel bij de meeste mensen hun zoektocht naar een transcendente betekenis tot uitdrukking komt in religieuze praktijkvormen, kan ze ook gestalte krijgen in muziek, kunst, relaties met familie, vrienden, de natuur..., etc.

“Thus, although not everyone has a religion, everyone who searches for ultimate or transcendent meaning can be said to have a spirituality” (p. 25). Hier valt de consensus op met eerder genoemde Nederlandse auteurs (2.1.4.2.).

Sulmasy baseert zijn ideeën op een filosofisch, antropologisch fundament.

Als hoeksteen van zijn filosofische antropologie kiest hij het feit, dat mensen *intrinsiek* spiritueel zijn (p.25). Hij baseert dit op de notie dat een mens een wezen-in-relatie is, zowel op biologisch, psychologisch, sociaal als spiritueel niveau.

Ziekte brengt vervolgens een verstoring teweeg in deze relaties. De huidige wetenschappelijke geneeswijze houdt zich weliswaar óók bezig met het herstellen van de juiste relaties, maar beperkt zich daarbij tot de biologische relaties, de relaties *binnen* het lichaam.

Sulmasy wijst er nu op, dat ziekte zowel de relaties *binnen* het lichaam van de persoon verstoort, als ook de relaties *buiten* zijn lichaam, op alle genoemde vier niveaus. Sulmasy haalt hierbij Teilhard de Chardin (1960) aan, die naast een *milieu interior* ook een *milieu divin* onderscheidt.

Wat vraagt dit nu van een holistische gezondheidszorg?

“What genuinely holistic health care means then is a system of health care that attends to all of the disturbed relationships of the ill person as a whole, restoring those that can be restored, even if the person is not thereby completely restored to perfect wholeness” (p. 26).

In dit model heeft ieder mens *ook* een spirituele geschiedenis, die hem mede vormt tot de ‘hele mens’ die hij is. “...even the person who has chosen to believe that there is no such thing as transcendence has made his or her choice in relationship to that question, which is put before each person. Each person must live and die according to the answer each gives to the question of whether life or death has a meaning that transcends both life and death.” (p. 26). Tijdens zijn hele leven is een mens dus een wezen-in-relatie, op elk van de vier onderscheiden niveaus van zijn bestaan. Deze vier dimensies zijn trouwens “only distinct dimensions of the person, and no one aspect can be disaggregated from the whole” (p. 27).

Als de relatie op één van deze niveaus verstoord raakt, beïnvloedt dit potentieel zijn relaties op (een van) de drie overige niveaus. Wanneer de professional in de gezondheidszorg hier oog voor heeft en het herstel van deze verstoorde relaties beoogt (al dan niet via doorverwijzing naar een deskundige collega), dan komt het beeld tevoorschijn van een holistische, integrale gezondheidszorg.

Vervolgens richt Sulmasy zijn aandacht vooral op de terminale patiënt.

Dit blijkt niet zonder reden te zijn. De ervaring leert ons namelijk, dat spirituele vragen expliciet in deze fase van het leven gesteld worden.

Welke zijn dan deze spirituele thema’s? Het blijkt te gaan om drie typen vragen, die cirkelen rond de thema’s *waarde*, *betekenis* en *relaties*. Lukt het de patiënt om bevredigende antwoorden te vinden op dit soort vragen, dan genereert dat respectievelijk waardigheid, hoop en een gevoel van verbondenheid. Lukt hem dit niet, dan schetst Sulmasy het volgende, indringende beeld:

Sterven in het geloof, dat je leven, lijden en dood van generlei waarde is geweest, is de uiterste onwaardigheid.

Sterven in het geloof, dat je leven, lijden en dood geen betekenis heeft gehad, is de uiterste hopeloosheid.

Eenzaam sterven, zonder dat mensen je vergeven hebben, is de uiterste vervreemding.

Het waardevolle van de theoretische doordenking van Sulmasy, is nu het gegeven dat healing (heling) mogelijk blijft *zolang* een mens leeft. Ook al is het moment aangebroken waarop de huidige geneeskunde op fysiek niveau geen herstel van de verstoorde relaties meer kan bie-

den, dan blijft het *nog steeds* mogelijk om te werken aan het herstel van verstoringen op (een van) de andere niveaus en moet deze heling ook nagestreefd blijven worden door de professionals in de gezondheidszorg.

Met andere woorden: (spirituele) groei blijft altijd mogelijk.

“So, the appropriate care of dying persons requires attention to the restoration of all the intrapersonal and extrapersonal relationships that can still be addressed, even when the patient is dying” (p. 26). Dit gaat in tegen de aanname, dat zorg stopgezet kan worden wanneer fysieke genezing niet meer mogelijk is.

Misschien blijft aan het einde van iemands leven *alleen* nog de mogelijkheid over om aan verstoringen van de spirituele dimensie te werken, maar deze arbeid kan ook dan nog steeds leiden tot een hogere graad van ‘heling’ en is dus alleszins de moeite waard. “A biopsychosocial-spiritual model of health care is necessary to accommodate such an approach” (p. 31, 32).

Sulmasy noemt als voornaamste reden om aandacht te schenken aan de spirituele zorgen, noden en behoeften van patiënten het feit, dat deze zorgen hen beroeren en beïnvloeden in hun gevoel van welzijn als ‘*hele mens*’. Met het aandacht hebben voor de spirituele vragen, noden en behoeften van de patiënt is dus de *kwaliteit* van zijn leven gemoeid. Potentieel geldt dit voor elke situatie waarin een individu een beroep doet op de gezondheidszorg.

Aangezien een mens immers *intrinsiek* spiritueel is, is het in elke fase van ons leven mogelijk dat we worstelen met het verwerken van een verlies (op welk gebied dan ook), dat we ons afvragen wat de zin is van ons leven, dat de waarde van een mensenleven (van *ons* leven) ver te zoeken lijkt, dat we ons eenzaam voelen en afgewezen door anderen, of vervreemd van onszelf...

Tot slot kijken we naar enkele aanvullende opmerkingen vanuit het artikel van Corr.

Zijn doel was, om een werkmethode te vinden, die als handleiding kan dienen voor hospicemedewerkers. Hij ontwerpt een takenmodel, waarin de stervende en degenen, die om hem heen staan op elk van de vier niveaus van menselijk leven een nader omschreven taak hebben te vervullen.

De taak die bij de spirituele dimensie hoort, luidt dan: “To identify, develop, or reaffirm sources of *spiritual* energy and in so doing, foster *hope*” (p. 85).

Hoop ziet hij als het sleutelelement in de spirituele dimensie. “Dying persons ... need not to be without hope” (p. 87).

Dit aspect, *hoop*, kwamen we ook tegen als een belangrijk element bij Sulmasy. In zijn theorie wordt hoop gegenereerd wanneer de stervende er in slaagt betekenis (*een zin*) toe te kennen aan zijn leven, lijden en sterven.

Wat betreft de spirituele dimensie streeft het hospice er voorts naar “to achieve a sense of wholeness, integration, or integrity in living and dying. This includes, but is not necessarily the same as, *religious* dimensions of life. ... Hospice care does not impose any particular religious or spiritual values; it fosters continued opportunities to actualize spiritual values by individuals who are coping with dying and bereavement” (p. 84).

De persoonlijke belevings- en ervaringswereld van de individuele patiënt staat dus centraal in het hospice, als het gaat om spirituele onderwerpen en/of interventies op dit gebied.

Spirituele aspecten waar stervenden doorgaans mee worstelen, zijn verbonden met “those sources from which one draws spiritual vigor and vitality. These sources depend upon the individual’s fundamental values and moral commitments” (p. 87).

Spiritualiteit omvat dan acceptatie, verzoening, het gevoel van eigenwaarde, betekenis (zin) en een doel in het leven. We zullen in hoofdstuk 3. zien, dat diverse van deze aspecten ook een rol spelen bij het proces van zingeving.

Tot zover enkele aanvullingen vanuit het artikel van Corr.

Het meest in het oog springend blijkt de hoge mate van overeenkomst tussen beide schrijvers, wat betreft het benoemen van aspecten, die tot de spirituele dimensie gerekend kunnen worden. Zo noemen beide auteurs expliciet de aspecten hoop, betekenis, waardigheid /gevoel van eigenwaarde, (behoefte aan) vergeving/verzoening en heelheid.

Daarnaast vinden we bij beiden een zelfde opvatting over de relatie tussen spiritualiteit en religie en houden beiden een overeenkomstig pleidooi voor de benadering van de hulpbehoevende mens als het om spirituele thema's gaat:

Sulmasy (p.30) stelt namelijk, dat “the value and the meaning are already present as given in every dying moment, waiting to be grasped by the patient. The professional's role is to facilitate this spiritual stirring, not to administer it”.

Corr zegt iets dergelijks, waar hij wijst op het belang van actief luisteren, zorgvuldig observeren, fijngevoelig aftasten en voortdurend opnieuw de situatie blijven inschatten (p. 89).

Het gaat erom dat individuen vrijgelaten worden “to live out their own experiences during the living/dying interval...” (p. 92) en dat we dit proces als hulpverlener optimaal stimuleren en begeleiden.

Wanneer we op deze wijze in de gezondheidszorg oog hebben voor de spirituele behoeften van de patiënt, zal het verschijnsel ‘tunnelvisie’ zich niet snel voordoen (M.H.).

De belangrijkste winst van dit artikel is het feit, dat Sulmasy een theoretische onderbouwing heeft gegeven, met behulp waarvan de actualiteit van deze spirituele en existentiële thema's niet beperkt hoeft te blijven tot de stervensfase, maar zij een rol kunnen spelen in elke fase van het leven.

Noot: Om trouw te blijven aan de in 2.1.2., 2.1.3. en 2.1.4. uiteengezette terminologie zou ik liever spreken van biopsychosociaal*geestelijk* model, om zowel de spirituele als de existentiële thematiek in te sluiten.

Hoofdstuk 3. Zingeving, theoretisch benaderd.

3.1. Inleiding.

Geen enkele theorie zal volledig recht doen aan de vele aspecten van zingeving. Niet voor niets typeert Mooren (1998, p. 197) zingeving als “een omvattend en veelzijdig proces”. Bij de diverse auteurs die over zingeving schrijven, komen we een grote verscheidenheid aan invalshoeken tegen en ongetwijfeld zijn er meerdere te bedenken. Ook wijst elke auteur weer op andere dwarsverbindingen en ook daarin zijn de mogelijkheden nog niet uitgeput. Als ik een poging doe een overzicht te geven van de theorie van zingeving, ben ik me ervan bewust dat vele invalshoeken onderbelicht zullen blijven of allicht geheel niet aan bod komen. Maar ondanks de grote verscheidenheid aan invalshoeken en accenten is er consensus over bepaalde theoretische inzichten, als we spreken over zingeving. In hoofdstuk drie volgt een poging deze theoretische inzichten weer te geven. De opbouw van dit hoofdstuk over de theorie van zingeving is verder als volgt:

In 3.2. volgt eerst een overzicht van de vroegste theorieën en onderzoeksbevindingen, waarop het hedendaagse onderzoek naar zingeving voortbouwt. Een dergelijk chronologisch overzicht vinden we in het proefschrift van D.L. Debats (1996), ‘Meaning in life’. Hiertoe neemt hij ons mee terug naar vooral de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw.

In 3.3. komt zingeving als psychische activiteit aan de orde. Hiervoor maak ik met name gebruik van de volgende literatuur:

- Lans, Jan van der (1992) *Zingeving en Levensbeschouwing*. Een psychologische begripsverkenning. In: Fred Eijkman (red.) *Weer zin leren. Over levensbeschouwing en educatie*. Best, Damon, p. 7-20.
- Mooren, J.H.M., (1988) “Levensbeschouwing: halsband of leidraad, zingevingvragen in de psychotherapie”, in *Psychotherapie en levensbeschouwing*. Baarn, Ambo, p. 26-50
- Mooren, Jan Hein (1998) “Zingeving en cognitieve regulatie, een conceptueel model ten behoeve van onderzoek naar zingeving en levensbeschouwing”. In: *Schering en inslag*. Nijmegen, KSGV, p. 193-206.

In 3.4. beschrijf ik enkele aannames en bevindingen met betrekking tot zingeving, die we momenteel in de literatuur veelvuldig tegen komen en waar consensus over blijkt te bestaan.

3.2. De vroegste inzichten en onderzoeken met betrekking tot zingeving.

Debats signaleert in zijn inleiding, dat de vraag naar zin met name prominent is geworden door de opkomst van het existentialistisch denken. Sartre (1965) wil ons doen geloven, dat het zinloos is dat we geboren zijn en eveneens zinloos dat we sterven....

Tegelijkertijd zorgde de na de Tweede Wereldoorlog sterk doorzettende secularisatie ervoor dat het houvast, dat de traditionele religie velen bood, meer en meer wegviel. De zinvraag is voor velen, nu op zichzelf teruggeworpen, bedreigend. Wanhopig wordt naar wegen gezocht om leegte en (dreigende) verveling op te vullen.

Afgezet tegen de lange geschiedenis van de mensheidsontwikkeling lijkt dit een heel recent issue. Debats haalt Blocker (1974) aan, die stelt, dat bronnen met teksten die gaan over de zinloosheid van het bestaan vrijwel nooit dateren van vóór de negentiende eeuw.

Ik volg Debats in zijn overzicht van de belangrijkste theoretische en empirische perspectieven van zingeving, benaderd vanuit de klinische psychologie.

Eerst wijst hij erop, dat het begrip zingeving doorgaans op twee niveaus wordt benaderd, namelijk:

a) op het niveau waar het gaat om de vraag: heeft *het* leven enige zin. Deze benadering valt samen met de brede, filosofische vraag naar *dé* zin van *hét* leven.

b) op het niveau waar men zich afvraagt: wat is de betekenis van *mijn* leven.

Debats stelt uitdrukkelijk dat hij in zijn onderzoek aansluit bij de laatstgenoemde benadering. Uitgangspunt is steeds de vraag: wat is de waarde van iemands persoonlijke bestaan?

Vervolgens gaat hij over tot het weergeven van de vroegste theoretische inzichten ten aanzien van zingeving in de klinische psychologie.

Traditioneel gezien heeft het begrip zingeving nooit een belangrijke plaats gehad in de gangbare hoofdstroom van de psychologie. Lange tijd werd zingeving beschouwd als te vaag en te weinig afgebakend om een plaats te kunnen krijgen in de theoretische en empirische psychologie.

Als gevolg hiervan hebben maar een paar theoretici aandacht besteed aan klinische en fenomenologische aspecten van zingeving. Debats noemt drie auteurs, die in dit opzicht het meest invloedrijk zijn geweest in de klinische psychologie, nl.: Victor Frankl (1955; 1976), Abraham Maslow (1968; 1971) en Irvin Yalom (1980).

De inhoud van hun theorieën, die onderling ook sterke verschillen vertonen, laat ik hier rusten. Wel noem ik een drietal overeenkomsten, die Debats deze drie theorieën toekent:

1. De auteurs zijn er alle drie van overtuigd, dat individuen bij hun zoektocht naar een doel en zin in het leven de hulp en begeleiding van waarden nodig hebben. Waarden spelen een cruciale rol in het proces van zingeving. Zonder waarden mist deze zoektocht elke richting.
2. De drie theoretici zijn het er over eens, dat zingeving een klinisch relevant concept is, waarmee zowel positieve als negatieve aspecten van geestelijke gezondheid verbonden zijn.
3. Alle drie onderkennen zij het verschijnsel, dat wanneer bij een mens een existentieel vacuüm optreedt, psychopathologische symptomen van allerlei soort zich als het ware haasten om die leegte op te vullen.

Debats ziet ook essentiële overeenkomsten tussen enerzijds de wijze waarop de genoemde drie auteurs zinloosheid beschouwen en invullen en anderzijds de beschrijving die Maddi (1967) hiervan geeft als 'een staat van vergaand nihilisme en vegeerend leven.'

Volgens Maddi zien we bij zinloosheid de volgende, kenmerkende fenomenen:

- op cognitief niveau is er sprake van een chronisch onvermogen om te geloven in de zinvolheid of de waarde van welke inspanning in het leven dan ook;
- op affectief niveau zien we een vergaande oppervlakkigheid en verveling, met episodisch voorkomende depressies;
- op gedragsniveau kunnen we spreken van een gebrek aan selectiviteit wat betreft de acties, als er al sprake is van activiteit.

Ook blijkt uit de omschrijving van Maddi, dat een gebrek aan zinvolheid leidt tot het ontbreken van een gevoel van welbevinden en tot vormen van psychopathologie (depressie, apathie, enzovoort).

Hoewel de theorieën van de drie genoemde theoretici (Frankl, Maslow en Yalom) ieder hun eigen verdienste hebben, zowel vanuit theoretisch als vanuit klinisch oogpunt, kon Debats geen van deze theorieën gebruiken als een kader voor zijn onderzoek. Voor de verdere ontwikkeling van het zingevingconcept had hij een geavanceerder wetenschappelijk kader nodig. Debats vindt in de theoretische hoofdpunten van Battista en Almond (1973) een geschikt raamwerk dat hij voor zijn onderzoek is gaan gebruiken.

Battista en Almond concludeerden dat de bestaande theorieën over zingeving, ondanks diepgaande verschillen, op belangrijke punten overeenkwamen. Vanuit een metaperspectief ontdekten ze dat aan elke bestaande theorie vier gemeenschappelijke, basale, uitgangspunten ten grondslag lagen. Wanneer individuen beweren dat hun leven zinvol is, impliceert dat namelijk dat:

1. zij zich positief verbonden hebben met een bepaald *concept van zingeving*;
2. zij een *raamwerk* hebben of daarvan afgeleid een set levensdoelen of een *levensbeschouwing*;
3. zij zichzelf zien als mensen die hun raamwerk of levensdoelen *vervuld* hebben of op zijn minst bezig zijn die te vervullen;
4. zij deze vervulling ervaren als een gevoel van *betekenis*, van *zinnelijkheid*.

Deze benadering van Battista en Almond brengt een relativistisch perspectief op zingeving met zich mee. Dit houdt in dat er geen 'ware' (Frankl, M.H.) of 'ultieme' (Maslow, M.H.) zingeving bestaat, die voor ieder gelijk is. Het erkent, dat er uiteenlopende wegen bestaan om een gevoel van zinnelijkheid te bereiken en legt vooral de nadruk op het belang van het *proces* van geloven van het individu, meer dan op de *inhoud* van zijn overtuigingen.

Hoewel deze bovenomschreven benadering niet nader theoretisch werd uitgewerkt noch empirisch bekrachtigd, nam Debats haar over als theoretisch raamwerk voor zijn promotieonderzoek vanwege haar intellectuele bekoorlijkheid. Vooral drie redenen gaven daarbij de doorslag:

- 1) Terwijl de meer filosofisch georiënteerde modellen gepostuleerd hebben, dat zingeving zich alléén kan ontwikkelen vanuit een verbinding mét - en vervulling van de *intrinsieke* zin van het leven, zijnde: God (in religieuze modellen), het Zijnde (in existentiële modellen) of de Mens (in humanistische modellen), zegt het relativistische model van Battista en Almond, dat verbinding met *welk* systeem van overtuigingen óók, dienen kan als een basis voor ontwikkeling van zingeving in het leven. (Hiernaar heeft bijvoorbeeld Ellen Hijmans (1994) onderzoek gedaan in haar proefschrift, "Je moet er het beste van maken". M.H.).
- 2) Deze benadering vermijdt de abstract filosofische discussie wélk geloofssysteem 'superieur' of uiteindelijk 'beter' is. (Debats spreekt van 'system of belief': belief kan, behalve als religieus gekleurd 'geloof' ook opgevat worden als het meer neutrale 'opvatting', 'mening' M.H.).
Ze stimuleert het wetenschappelijk onderzoek van de diverse klinische en fenomenologische aspecten van zingeving.
- 3) Dit wetenschappelijke standpunt bevordert de tolerantie ten opzichte van de grote variatie van geloofssystemen, waar individuen een diepgaand gevoel van zinnelijkheid aan ontlenu. De diverse uiteenlopende wegen om tot zingeving te komen zijn geen van alle te herleiden tot één 'ultieme', 'alleen-ware' weg.

Vervolgens richt Debats zich op het onderzoek naar instrumenten om zingeving te meten, zoals dat plaats vond in de tweede helft van de vorige eeuw.

Zingeving is pas vrij recent ontdekt als onderzoeksthema in de sociale wetenschappen. Waarom zo laat pas? Een van de redenen noemt hij, dat ‘zingeving’, ontologisch gezien, van een andere orde is dan de observeerbare gegevens van de reguliere, empirische wetenschap of, zoals Wilber (1983) het uitdrukte: zingeving is “in the realm of ideas” en niet “in the realm of things”. Zingeving kan *niet empirisch* gekend worden.

Anderzijds werd ingezien, dat bij het nemen van beslissingen en het verrichten van handelingen zingeving vaak een grote rol speelt en dat deze beslissingen en handelingen reële en empirisch waarneembare gevolgen met zich meebrengen, die wél wetenschappelijk onderzocht kunnen worden en dit onderzoek ook waard zijn.

Een drietal instrumenten werd vervolgens ontwikkeld om zingeving te meten. Op twee hiervan ga ik kort in.

Als eersten ontwikkelden Crumbaugh en Maholick (1964) op basis van Frankls logotherapie de PIL test (Purpose in Life test). Het oogmerk was, de zieke mens te helen door het activeren van zijn $\lambda\omicron\gamma\omicron\varsigma$, zijn vermogen om zin te vinden in zijn leven.

Lange tijd werd de PIL test als enig beschikbare test op brede schaal toegepast. Zij beoordeelde de mate waarin een individu een gevoel van zinvolheid of doelgerichtheid ervoer in zijn leven. Enkele resultaten lijken mij het vermelden waard.

Zika en Chamberlain (1987) vonden, dat zingeving een krachtige en sterke voorspeller is van psychologisch *welbevinden*. Waisberg en Porter stelden vast, dat het vermogen om plannen te maken voor de *toekomst* de uitkomst voorspelde van een drie maanden durende psychotherapeutische behandeling van alcoholverslaafden.

Vele onderzoeken tonen aan, dat mensen die in staat zijn om zin toe te kennen aan ingrijpende, traumatische ervaringen nadien beter met de gebeurtenis(sen) kunnen omgaan dan degenen die er niet in slaagden enige betekenis toe te kennen aan het gebeuren. Het centrale thema in deze onderzoeken is de klaarblijkelijke noodzaak voor de overlevenden om aan de diep ingrijpende en ontwrichtende ervaring een zin of bedoeling toe te kennen.

Deze prille onderzoeken, veelal in de zestiger en zeventiger jaren van de vorige eeuw, hebben bijgedragen aan de toenemende belangstelling van sociale wetenschappers voor het bestuderen van het begrip ‘zingeving’ (het ‘meaning in life’ concept, p. 11).

Ondanks het uitgebreide gebruik dat van de PIL test is gemaakt en ondanks het feit dat de resultaten redelijk bevredigend werden geacht wat betreft hun betrouwbaarheid, is de validiteit van de PIL test toch herhaaldelijk ernstig in twijfel getrokken door diverse onderzoekers. Als reactie op deze kritiek ontwikkelden Battista en Almond (1973) als meetinstrument voor iemands kijk op het leven de LRI (Life Regard Index). De validiteit van de LRI bleek hoger te zijn dan die, van de PIL test. De items van de LRI zijn verdeeld in twee subschalen

a) een schaal die het raamwerk aangeeft. Hier wordt vastgesteld in hoeverre een individu zijn leven plaatsen kan in een zinvol perspectief of aan dit perspectief levensdoelen of een levensbeschouwing heeft ontleend;

b) een vervullingschaal. Hier wordt gemeten in hoeverre een individu vindt, dat hij zijn levensdoel vervuld heeft of aan het vervullen is.

Het zal opvallen dat deze LRI perfect aansluit bij de eerder genoemde relativistische benadering van Battista en Almond, door Debats uitgekozen als algemeen theoretisch kader voor zijn verdere onderzoek.

Enkele van de onderzoeksresultaten met behulp van de LRI zijn m.i. het vermelden waard:

Mensen die laag scoorden op zinvolheidsbeleving hadden:

- * vaker en langduriger hulpverleners bezocht.
- * een aanzienlijk lager niveau van zelfwaardering.
- * niet of nauwelijks het gevoel dat ze hun levensdoel(en) vervulden.

Tot zover een overzicht van het onderzoek naar zingeving in de jaren zestig en zeventig, zoals Debats ons dat aanreikt in de inleiding van zijn proefschrift.

Enkele van zijn onderzoeksresultaten, weergegeven in de overige hoofdstukken van zijn dissertatie, zijn nog het vermelden waard in het kader van deze scriptie over zingeving en zingevingsvragen. Zij komen aan de orde in 3.4.8. en 4.2.3.2.

3.3. Zingeving als psychische activiteit.

3.3.1 Enkele wezenskenmerken van de mens.

In de literatuur komen we als een algemeen aanvaard uitgangspunt de aanname tegen, dat een mens een zinzoekend en zingevend wezen is.

Zo opent Van der Lans (opgenomen in: 2006, p. 72) zijn artikel met een uitspraak van Smith (1985): “What it means to be human lies in the endless human quest for meaning...”

Mooren (1998, p. 193) schrijft dat het, ondanks het secularisatieproces, moeilijk voorstelbaar is “dat mensen ...ook de behoefte aan het ervaren van zin zouden opgeven, dat wil zeggen aan de ervaring dat het leven in een of ander betekenisvol verband geleefd wordt, een verband dat het bestaan begrijpelijk maakt en er richting aan geeft.”

Ter Borg (2000, p. 29) schrijft over “een constant blijvende menselijke behoefte, de behoefte aan zingeving.”

Buitenweg (1991, p. 17) citeert J.P.van Praag: “De vraag naar de zin van het leven ... is ... niet uit het leven van een mens te verbannen. Zingeving is de meest fundamentele behoefte van het menselijke bestaan.”

Bij Van Dijk (1982, p. 9) lezen we: “Wij kennen geen volk ter wereld dat niet op de een of andere wijze heeft nagedacht over de zin van het leven, van de wereld, [en] van het zijn ...”. “Het lijkt er op dat zinervaring en nadenken over zin bij de mens hoort, een anthropologische categorie is.”

Een mens is dus een zin zoekend, zingevend en zinervarend wezen.

Met het oog op het thema ‘zingeving’ haal ik nog een tweede wezenskenmerk van de mens naar voren, dat van belang blijkt te zijn om tot zingeving te kunnen komen: het (bewust of onbewust) hebben van een levensbeschouwing.

Bij Heyde (1977, p. 10-11) lezen we, dat het fundamentele gegeven waarop *alle* concrete levensbeschouwelijke overtuigingen terug gaan, het feit is “dat mensen de werkelijkheid (in al haar dimensies) altijd op een bepaalde wijze zien en waarderen. In die zin kan gezegd worden *dat het levensbeschouwelijke een wezenlijke trek is van het mens-zijn.*” ...

“De mens kijkt nooit domweg naar de werkelijkheid. Hij geeft ze betekenis, hij beoordeelt ze, hij waardeert ze. Hij ziet zichzelf, de anderen en de wereld altijd op een bepaalde wijze.” ..

Heyde vat levensbeschouwing op in een bréde betekenis en laat daar het volgende onder vallen:

“een strikte visie op het leven [dit alléén zou zijn: levensbeschouwing in engere zin, M.H.], een visie op de wereld, op de mens, idealen, waarden en normen, godsdienstige overtuigingen, [en] visies op de maatschappij.”

Waar Heyde deze brede betekenis op het oog heeft spreekt hij van “het levensbeschouwelijke”. Hij hanteert deze verbreding, aangezien het leven “althans in zijn specifiek menselijke gestalte” zowel *individuele* als *sociale* aspecten heeft.

Om precies dezelfde reden spreekt Van Zanten (1994, p. 45-46) niet over ‘levensbeschouwing,’ maar liever over ‘zingevingsysteem’:

“Dit geheel van aanleg en opvoeding, van waarden en normen, van herinneringen en verwachtingen, van beelden en opvattingen, met behulp waarvan een mens zijn leven zin en richting geeft, noemen we een zingevingssysteem.”

Het begrip zingevingssysteem duidt bij haar op een persoonlijke levensbeschouwing en laat zien dat de gehanteerde waarden en normen ook tot stand zijn gekomen door wie het individu zélf is en door zijn ervaringen met belangrijke anderen.

Het zingevingssysteem is voor Van Zanten als het ware de bril waardoor we naar de wereld kijken. De hoedanigheid van deze bril bepaalt, hoe ik zin heb *in* mijn leven, zin geef *aan* mijn leven en wat ik ervaar als de zin *van* mijn leven.

De visie van Heyde wordt ook gesteund door Van den Berg (2001, p. 12): “Van elk mens kan gezegd worden dat hij bewust of onbewust een levensbeschouwing heeft.”

Onder levensbeschouwing verstaat Van den Berg, in navolging van Vellenga (1992): “het geheel van waarden en normen, van waaruit een mens zin en richting aan het leven geeft, naar zichzelf en anderen kijkt, iets goedkeurt of afkeurt, en dat meeweegt bij belangrijke keuzes en besluiten” (p. 14).

Ieder mens heeft een levensbeschouwing, “omdat ieder bewust of onbewust waarden en normen heeft, en zin aan het leven geeft” (p. 12).

Van den Berg stelt dus, dat het hebben van een levensbeschouwing het gevolg is van (minimaal) twee premissen:

- a. het hebben van waarden en normen.
- b. het zin geven aan het leven.

Onderling blijken deze twee premissen echter ook samenhang te vertonen. Bij Debats lezen we immers, dat zonder waarden een individu er niet in kan slagen een doel en zin in het leven te vinden. Dit sluit niet uit, dat het individu póógt zin te vinden in en zin te geven aan zijn leven, maar naar alle waarschijnlijkheid lukt het hem niet zonder de beschikking te hebben over waarden.

Het hebben van waarden (of breder: het levensbeschouwelijke) lijkt dus een *voorwaarde* te zijn om tot zingeving te (kunnen) komen.

In deze scriptie zal blijken, dat ook een derde wezenskenmerk van de mens van invloed is bij zingeving en zinvinding, nl. het feit, dat een mens een *sociaal wezen* blijkt te zijn. Bij Van Zanten (1993, p. 57) lezen we, dat zowel Berger als Luckmann uitgaan van de antropologische vooronderstellingen, dat een mens niet alleen een zingevend (betekenistoekennend) maar ook een sociaal wezen is.

Tot nu toe hebben we het volgende kunnen vaststellen:

1. Een mens is een zinzoekend en zin verlenend wezen.
2. Ieder mens blijkt, bewust of onbewust, te beschikken over een levensbeschouwing.
3. Zin geven kan een mens (pas) als hij beschikt over waarden (in elke levensbeschouwing aanwezig). Met behulp van (bewuste of onbewuste) waarden geeft hij zin aan zijn leven.
4. Een mens is een sociaal wezen.

Van hieruit kunnen we meerdere onderzoekswegen inslaan. We besteden nu eerst aandacht aan de factoren die een rol spelen bij het proces van zingeving.

3.3.2. Zingeving als psychologisch proces.

3.3.2.1. Enkele inleidende noties.

We zagen, dat ieder mens zin *geeft* aan zijn leven. Dit duidt op een menselijke activiteit. Mooren (1988, p. 35-37) spreekt van zingeving als “*een vorm van psychische activiteit*. Het is een proces van verwerken van ervaringen en van vorming van beelden en concepten”.

Nu geldt dit ook voor deelfuncties als logisch denken en fantaseren, maar “kenmerkend voor zingeving is dat alle deelfuncties zijn ingeschakeld in *een proces waarbij de persoon als totaliteit zich gaat verhouden tot het universum en het leven zoals zich dat deels aan hem presenteert en deels door hem wordt gecreëerd*”.

De levensbeschouwing is enerzijds het hulpmiddel bij dit proces; anderzijds leidt het proces van zingeving mogelijk weer tot een hernieuwde levensbeschouwing.

We richten onze aandacht nu op de vraag, welke algemene psychologische processen we op het spoor kunnen komen, die betrokken blijken te zijn bij dit omvattende proces van zingeving. Kunnen we vanuit de ons beschikbare literatuur de vraag beantwoorden, om welke processen het hierbij gaat?

Mooren (1998, p. 197-198) zet uiteen, dat het voor de (godsdienst) psychologie een uitdaging is om modellen te ontwikkelen, die de processen en factoren in kaart helpen brengen welke een rol spelen bij het proces van zingeving; modellen, die de veelzijdigheid van dit proces helpen ordenen.

Van der Lans (1992) ontwierp een conceptueel model, waarin hij de psychologische processen en factoren beschrijft, die functioneel zijn in het proces van zingeving.

Dit door Van der Lans ontwikkelde model gebruik ik voor het toelichten van zingeving als psychische activiteit.

3.3.2.2. Het conceptuele model van Van der Lans.

In 2.1.2 omschreven we als de psychische functies van een mens het denken, het voelen en het willen. Op basis daarvan is te verwachten, dat met zingeving als psychische activiteit (waarbij volgens Mooren dus *alle* deelfuncties ingeschakeld zijn), een cognitieve, een affectieve en een motivationele component gemoeid is.

Dit blijkt in het model van Van der Lans inderdaad het geval te zijn.

Eerst noemt hij (1992, p. 8) een drietal situaties, die veelal aanleiding geven tot het stellen van de zinvraag, situaties waarin het individu een discrepantie ervaart tussen het leven zoals het feitelijk verloopt en het levensideaal (hier ga ik in 3.4.4. nader op in). Zinvragen worden dus gesteld als het individu het gevoel heeft, dat de *kwaliteit* van zijn leven is aangetast.

Het proces van zin zoeken, zin vinden en zin ervaren, dat hierop volgt en waarin cognitieve, affectieve en motivationele aspecten met elkaar verweven zijn, legt hij vervolgens in een schema uiteen. We richten nu onze aandacht op dit schema.

Het individu dat naar zin zoekt, verricht allereerst twee centrale taken: een *oriënterende* en een *evaluerende* taak.

Bij de oriënterende taak worden twee vragen beantwoord: “is het te begrijpen” en “heb ik er een verklaring voor?”.

Het gaat hierbij om het besef van cognitief-affectieve controle als resultaat van herkennen en begrijpen.

Als de nieuwe situatie of de nieuwe informatie voor ons herkenbaar is en ingepast kan worden in het beeld dat we hebben van de werkelijkheid, geeft dat ook een *gevoel* van vertrouwdheid.

Voor de beantwoording van deze vraag beschikken we over gemeenschappelijke interpretatiekaders, ons vanuit de cultuur aangereikt.

Bij de evaluerende taak worden de volgende vragen beantwoord: “hecht ik er waarde aan” en “kan ik het aan”.

Ons oordeel of we iets de moeite waard vinden hangt af van de doeleinden die we nastreven, van ons persoonlijk waardensysteem en van ons zelfbeeld.

In een nadere toelichting verduidelijkt Van der Lans de samenhang tussen deze drie aspecten: zolang en naarmate iets te maken heeft met een *doel* dat we willen bereiken, is iets *waardevol* voor ons. “Doelgerichtheid is altijd een voorwaarde voor engagement”. We beoordelen iets als *zinnig* (een *waarde* vertegenwoordigend) als het past in ons levensverhaal. Hierbij is de *maatstaf* “het ideaalbeeld dat we ontwikkeld hebben met betrekking tot het zelf”. Zinbeleving is op deze manier verbonden met het levensideaal, “waarin het ideale zelfbeeld altijd geworteld zal zijn” (p. 9).

Bij deze evaluerende taak gaat het dus om het motivationele aspect van zingeving.

We willen ergens ‘voor gaan’ zo lang en naarmate het te maken heeft met een doel dat we willen bereiken, een doel dat voortvloeit uit ons levensproject, dat op *zijn* beurt weer gebaseerd blijkt te zijn op het ideale beeld dat we gecreëerd hebben met betrekking tot het zelf. Zolang iets past bij ons ‘levensproject’ ervaren we het als waardevol en daarmee als zinnig. We zien perspectief, er is toekomst.

Op veel andere plaatsen in de literatuur wordt deze bevinding bevestigd. Mooren (1998, p. 200) verwoordt het zo: “Een van de belangrijkste aspecten van zingeving is de ervaring dat dingen die ... gebeuren ergens toe dienen en dat ons doen en laten in het licht staat van een of ander omvattend streven”. Hij verwijst naar Baumeister, die in dit verband spreekt over de ‘need for purpose’.

Indien deze oriëntatie en evaluatie positief verlopen, ervaart het individu de situatie als zinnig. “Dat drukt zich uit in een gemotiveerd ‘commitment’ en in een gevoel van psychisch welbevinden” (p. 10). Dit komt op zijn beurt weer tot uiting in een vitaal lust- en geluksgevoel (gedachtegoed van Bühler, besproken door Andriessen, o.a.1991).

Op basis van het bovenstaande kunnen we begrijpen, dat Van der Lans stelt dat *zinbeleving* uit de volgende drie elementen is opgebouwd:

- 1) besef van cognitief-affectieve controle (bij een positief verlopen cognitief-affectieve oriëntatie).
- 2) doelgerichtheid (een positieve uitkomst van de evaluerende taak).
- 3) Een vitaal lust- of geluksgevoel.

Van der Lans voegt hier aan toe, dat er nog steeds sprake kan zijn van zinbeleving, óók als we iets niet begrijpen of herkennen (als dus de cognitieve controle ontbreekt).

De zinbeleving wordt echter *aangetast* “als het niet begrijpen gepaard gaat met het gevoel dat ons levensproject (het ‘zelf’ met zijn idealen en waarden) in het geding is.

Zinbeleving omschrijft Van der Lans vervolgens als “een cognitief proces waarbij het ‘zelf’ nauw betrokken is en het grondvertrouwen of ‘basic trust’ (Erikson, 1950) bevestigd wordt” (p. 8).

De zinbeleving kan dus ook worden aangetast. In het model van Van der Lans wordt aangegeven, op welke momenten zingevingproblemen kunnen ontstaan.

Dit is aan de orde, wanneer de *oriëntatie* stagneert (de situatie is niet te begrijpen, niet te plaatsen in het gehanteerde wereldbeeld) of wanneer de *evaluatie* problemen oplevert (de gegevens passen niet (meer) in het levensproject).

Aangezien de gebruikelijke zingeingsbronnen niet meer toereikend blijken te zijn om een gevoel van zinvolheid te verschaffen, zal de betrokkene opnieuw moeten nadenken over de zin en het doel van zijn leven.

Van der Lans spreekt in dit verband van ‘herbronning’ (de oriënterende taak) en van het herformuleren van het waardensysteem en het zelfbeeld (de evaluerende taak).

Als dit proces van heroriëntatie slaagt, zien we de zinbeleving terugkeren bij de betrokkene en daarmee tevens een gevoel van welbevinden.

Lukt de poging om tot heroriëntatie te komen niet, dan is er sprake van een zingeingscrisis, “die zich in zowel somatische als psychische symptomen zal uiten” (p. 12).

Hier geeft van der Lans een aanknopingspunt voor de therapeutische praktijkvoering.

Ook Mooren (1988, p. 36-39) legt deze verbinding. Hij ziet zingeving als een psychisch vermogen en pleit ervoor, dat in de therapie aandacht is voor het gezond functioneren en zo nodig herstellen van dit vermogen, opdat het aangewend kan worden in het therapeutische proces. Dit thema zal uitgebreider in hoofdstuk 4 aan de orde komen.

3.4. **Kenmerken, feiten en opvattingen met betrekking tot zingeving.**

3.4.1. Inleiding.

In deze paragraaf beschrijven we kenmerken en feiten met betrekking tot zingeving en zingeingsvragen, zoals die in de literatuur vaak vermeld worden en waar consensus over blijkt te bestaan.

Ongetwijfeld heeft de inhoud van deze paragraaf raakvlakken met wat we hiervoor schreven over zingeving als psychologisch proces, in die zin dat ze hier en daar te verklaren zal zijn uit of te vertalen zal zijn naar de wetmatigheden van dit beschreven psychologische proces.

In deze scriptie staan, zoals eerder vermeld, *zingeingsvragen* centraal. Zingeingsvragen ontstaan echter, als ‘de zin’ belemmerd wordt.

3.4.2. Het begrip ‘zin’.

Wat houdt deze ‘zin’ nu in en welke dimensies kunnen we eventueel aan ‘zin’ onderscheiden? Van Praag (1977, p. 25) poogt het complexe begrip ‘zin’ te verduidelijken met behulp van de *tegenstelling* van zin: *zinloos*. “Het zinloze is het onsamenhangende en daardoor betekenisloze, het absurde. Zin kan dan opgevat worden als datgene wat samenhang schept, betekenis geeft, ordening vertoont”.

Van Dijk (1982, p. 9, 10) volgt hem via dezelfde invalshoek. Hij zegt dan: “We noemen iets zinvol als het past in een geheel, een structuur.” Dit komt overeen met de bijdrage van Van Praag. Van Dijk voegt er echter aan toe: “Zin heeft ook de betekenisnuance van bestemming, doel: iets is zinvol als het aan zijn bestemming beantwoordt, tot een doel leidt.”

Bij Van Dijk zien we dus al twee dimensies expliciet genoemd worden bij ‘zin’: betekenis en doel, bestemming.

In dit verband is het verhelderend om te weten, dat ons woord ‘zin’ samen hangt met het middeleeuwse woord ‘sinne’, dat ‘weg’, ‘richting’ betekent (Van den Berg, 2001, p. 2). “De vraag naar de zin van het leven is de vraag naar de levensweg”. Een en ander laat duidelijk zien, dat

‘zin’ verbonden is met ‘toekomst’. Zolang het individu *zin* ervaart, is er sinne, is er een *weg*, is er *toekomst*perspectief.

Als we ons richten op de meer recente literatuur zien we, dat aan ‘zin’ doorgaans vier dimensies worden onderscheiden: betekenis, doelgerichtheid, waarde en ‘er zin in hebben’, in de betekenis van ‘lust’.

Zo schrijft Buitengeweg (1991, p. 19): “Het begrip zin heeft tenminste drie dimensies, te weten samenhang, waarde en doelgerichtheid. Als je zegt dat iets zin heeft, vertoont het samenhang, heeft het waarde en leidt het ergens toe.” “Er is nog een dimensie die genoemd moet worden, alhoewel zij van een andere orde is dan de drie voorgaande. Het woord zin wordt ook gebruikt in uitdrukkingen als ‘ergens zin in hebben’. Trek, lust in het leven zegt echter “niet zo zeer iets over het object (in casu het leven), maar over het subject.”

Het ervaren van de zinvolheid van het leven leidt tot trek, tot zin in het leven hebben.

Ook bij Van der Lans (3.3.2.2.) en Stroeken (1999, p. 28, 29) zien we de dimensies betekenis, doelgerichtheid, waarde en levenslust terugkomen bij de duiding van ‘zin’.

“Levenslust krijgt vorm in een zinvol leven”, aldus Stroeken. De levenszin is met de geboorte meegegeven. “Meestal is die zin vanzelfsprekend” (p. 29).

3.4.3. Zingeving verloopt veelal onbewust.

Dit brengt ons bij een volgend kenmerk van zingeving. Meestal verloopt zingeving onbewust. Dit is een gegeven dat we bij vrijwel iedere auteur tegenkomen. Ik citeer enkele van hen.

Mooren (1998, p. 203) stelt: “Zingeving wordt beschouwd als een continu werkzaam proces”, waar we “niet steeds bewust mee bezig zijn. De zinbeleving zal dikwijls gestalte krijgen in de ervaring van vanzelfsprekendheid die veel van ons omgaan met de werkelijkheid kenmerkt.”

Van Ree (2001, p. 51) schrijft: “Voor de meeste mensen die niet in psychische nood verkeren, is de zin van en in het leven een vanzelfsprekend ervaringsgegeven.”

Dit heeft consequenties voor het stellen van de zinvraag. Bij Kuilman (1986, p. 23) lezen we: “De vraag naar de zin ... blijft dus heel vaak latent. ... [Zingevingsvragen] komen pas expliciet aan de orde in grenssituaties...”

Mooren (1998, p. 197) spreekt in dit verband over zingeving als een gelaagd proces. “Het proces van zingeving is werkzaam in gewone bezigheden, zoals werk, contact met familie, vrienden..., etc”. Over de zin van deze bezigheden wordt meestal niet bewust nagedacht zolang er sprake is van engagement en een gevoel van welbevinden.

Hij noemt deze onbewuste vorm van zingeving “dagelijkse zingeving”, in tegenstelling tot existentiële of levensbeschouwelijke zingeving.

Deze benaming ‘dagelijks’ of ‘alledaags’ vinden we ook bij andere auteurs terug. Zo schrijft Van den Berg (2001, p. 3): “Zin is niet abstract, maar alledaags en concreet. Het is niet los te zien van het concrete en alledaagse.”

Bij Ter Borg (2000, p. 24) lezen we: “De uiteindelijke zingeving werkt door in de zingeving van alledag ... Tenslotte is het dagelijkse leven het toneel, waarop de uiteindelijke zingeving gestalte moet krijgen.”

Mooren (1998, p. 197) verbindt deze twee vormen van zingeving expliciet aan elkaar: “Levensbeschouwelijke zingeving is nauw betrokken op dagelijkse zingeving en niet zo zeer een ander proces, als wel een ander niveau van dat proces. Anders gezegd: dagelijkse zingeving is ingebed in levensbeschouwelijke zingeving, levensbeschouwelijke zingeving rijst uit de dagelijkse zingeving op.” Als laatste citeer ik Andriessen (1991, p. 201): “Wanneer het leven goed verloopt, dringt [zin] zich niet op de voorgrond.” “Zin *wérkt*”.

Deze onbewuste, in het dagelijks leven tot uiting komende zin noemt hij ‘de eerste zin’.

3.4.4. De zinvraag wordt expliciet gesteld.

Uit de in 3.4.3 vermelde citaten blijkt, dat mensen meestal niet bewust rondlopen met zingevingsvragen. Het proces van zingeving verloopt immers doorgaans vanzelfsprekend.

Wanneer worden zingevingsvragen dan wél expliciet gesteld?

Wel, als er sprake is van psychische nood (Van Ree); van ‘grenssituaties’ (Kuilman); als het leven ‘niet goed verloopt’ (Andriessen).

Andriessen stelt, dat wanneer er *echte* levensproblemen opduiken, de ‘eerste zin’ in gevaar komt. “De zin als *zodanig* stelt zich aan de orde: de ‘tweede zin’ ” (p. 201).

Van den Berg (2001) schrijft: “De zinvraag dient zich aan als de zin niet meer vanzelfsprekend is” (p. 13).

“Zinvragen zoeken naar de diepere betekenis van de dingen die (concreet) in ons dagelijkse leven gebeuren” (p. 3).

Van der Lans (2006, p. 77) onderscheidt (in navolging van Gollwitzer, 1970) drie soorten omstandigheden waarin mensen zinvragen gaan stellen:

- 1) Het individu heeft het gevoel dat iets niet langer kan doorgaan zoals het gaat en er verandering nodig is.
- 2) Het individu ervaart een gevoel van leegte. Het besef dringt zich op dat diepere behoeften onbevredigd blijven.
- 3) Er is sprake van een catastrofale levenservaring.

In deze situaties ervaart het individu een discrepantie tussen het leven zoals het *feitelijk* verloopt en het *levensideaal*.

Zinvragen worden dus blijkbaar gesteld, als het individu het gevoel heeft dat de *kwaliteit* van zijn leven is aangetast. Vrijwel altijd is dit een situatie, waarin sprake is van (de dreiging van) een verlies van iets dat ons dierbaar is en waarde voor ons heeft (Van Zanten, 1994, p. 34).

3.4.5. Kenmerken van zingevingsvragen.

Zinvragen worden dus gesteld als de kwaliteit van het leven is aangetast.

Nu noemt Van Zanten (1994, p. 17-43) diverse kenmerken van zingevingsvragen. Ik vermeld vijf hiervan.

1. Van Zanten maakt onderscheid tussen zingevingsvragen en ‘vraagvragen’ (p. 19). Onder de laatste verstaat ze ‘gewone’ vragen, vragen die als vraag bedoeld zijn. Bij zingevingsvragen gaat het om de zoektocht naar “de zin in, de betekenis van en het doel van het leven” (1993, p. 65).
2. Als tweede kenmerk lijkt me de volgende opmerking van Van Zanten (1994, p. 30-31) relevant: zingevingsvragen staan niet op zichzelf, ze staan dus niet los van het ‘dagelijks leven’. De zin wordt altijd gezocht in de relatie tot de dingen die we willen doen, in de relatie tot de mensen met wie we in contact willen treden en in relatie tot zaken die we belangrijk (waardevol) vinden.
3. Als derde kenmerk van zingevingsvragen wijst Van Zanten (1994, p. 28) ons er op, dat de zingevingsvraag vaak schuil gaat *achter* de ‘vraag-vraag’. Met andere woorden: de zingevingsvraag is *verpakt* in een ‘gewone’ vraag. Waarom? Het kan zijn dat men zich nog niet bewust is van zijn zinvraag. Het kan ook zijn, dat het nog te moeilijk is om er op directe wijze over te praten. Een gevolg hiervan is, dat zingevingsvragen niet altijd als zodanig *herkenbaar* zijn. Dit heeft consequenties voor de attitude van hulpverleners.

Bij Van den Berg (2001, p. x). vinden we deze consequentie voor de hulpverlening aldus verwoord: “Professioneel handelen veronderstelt ... het vermogen om zich open te stellen voor de wereld van de ander”. “Dat betekent onder meer de moed en het innerlijke vermogen hebben om de vragen naar zin toe te laten”.

4. Van Zanten (1994, p. 29) wijst er ten vierde op, dat we zingeingsvragen niet alleen tegenkomen in de vorm van een (‘gewone’) vraag, maar ook in de vorm van dromen, wanen, lichamelijke klachten, losse opmerkingen en noodkreten.
Ook hier loopt een lijn naar de hulpverlening. Bedacht zijn op het schuil gaan van zingeingsvragen in één of meerdere van de genoemde vormen lijkt van belang te zijn voor alle werkers in de (geestelijke) gezondheidszorg: zowel voor de arts/ specialist, de psychiater, de psychotherapeut als voor de geestelijk verzorger.
5. Als laatste kenmerk van zingeingsvragen noem ik het gegeven, dat deze vragen veelal onbeantwoordbaar zijn; in ieder geval zijn ze niet te beantwoorden door de hulpverlener (Van Zanten, 1994, p. 38, 39). Alleen het individu zélf kan zijn eigen antwoord vinden, *als* er al een antwoord bestaat (Van Zanten, 1993, p. 66). In dit verband is de omschrijving van zingeingsvragen door Kunneman (2000) als ‘trage vragen’ toepasselijk.
Bovendien zal een eventueel gevonden antwoord steeds *voorlopig* zijn (Van Zanten 1994, p. 39).
Van Zanten (1993, p. 63) verwijst naar de filosoof Verhoeven, die aangeeft, dat het bij het stellen van zingeingsvragen *niet* zozeer gaat om verklaringen en heldere antwoorden, maar om het feit “dat het individu het met zijn ‘vragen’ uithoudt.” Het gaat het individu er om, een mogelijkheid te vinden om zijn levensproblemen te kunnen *dragen*, niet om deze op te lossen.

Naar aanleiding van dit laatste kenmerk maak ik een korte uitstap naar de consequenties voor de relatie tussen hulpverlener en hulpzoeker. Bij Van den Berg (2001, p.13) lezen we namelijk: “Het vinden van zin is ... hard werken. En ook al kan een ander die zin niet invullen en moet je zelf dit werk doen, tegelijk blijkt een mens dit niet te kunnen zonder anderen.” “Anderen die meezoeken, meeluisteren en meedenken” blijken *onontbeerlijk* te zijn bij het vinden van zin! “Het horen van de vraag, die een innerlijke pijnvraag kan zijn, is belangrijk” (p. 3). Haarsma (1982, p. 8) gaat nog een stap verder. Hij concludeert in het ‘Ten geleide’ dat er een rode draad door de betreffende referaten heenloopt en wel deze: “voor het ervaren van zin, ook van uiteindelijke zin, is de mens aangewezen op zijn medemensen”. (!)
Chamberlin (2000, p. 19) drukt het zo uit: “Ik ervoer hoe een intense crisis kan worden verlicht door een herbevestiging van gedeelde menselijkheid”.

3.4.6. Zingeingsvragen worden gesteld bij zingeingsproblemen.

Aan zingeingsvragen liggen zingeingsproblemen ten grondslag. Nu blijkt uit de literatuur, dat ook zingeingsproblemen zich onderscheiden door bepaalde kenmerken of symptomen. Van der Lans (2006, p. 73) noemt de volgende kenmerken:
“desoriëntatie, vervreemding, zelftwijfel, chronische lusteloosheid [en] gevoelens van hopeeloosheid, die op het hele bestaan betrekking hebben”. Voorts is sprake van een zingeingsprobleem “als cliënten worstelen met identiteitsproblemen ...; als ze kampen met generale onlustgevoelens van uitzichtloosheid, [en] het gevoel zelf niets waard te zijn”.

In 3.4.2. zagen we, dat voor een geslaagde zingeving nodig zijn: *samenhang, waarde en doelgerichtheid*. We kunnen nu vrij gemakkelijk zien, dat bij de door Van der Lans genoemde symptomen van zingeingsproblematiek juist sprake is van het *ontbreken* van deze samen-

hang, van het *ontbreken* van een gevoel van waarde en van het ontbreken van een na te streven doel.

Zin is altijd toekomstgericht. Mensen met zingevingproblemen zijn de ‘sinne’ kwijt. Er is geen weg, geen richting meer, die naar toekomst leidt. Begrijpelijk, dat Van der Lans over mensen bij wie sprake is van een dergelijke problematiek, schrijft: “zij hebben geen greep meer op het leven” (p. 73).

Dit vinden we bevestigd bij Zock (2001). Bij haar lezen we, dat mensen met psychische moeilijkheden de grip op de werkelijkheid kwijt zijn (p. 15).

Het hebben van psychische problemen zou *op zichzelf* al zinvragen oproepen (p. 18).

Een belangrijk kenmerk van psychische problemen is de beleving van *gebrek* aan zin (p. 16).

Wat is er nu voor nodig om deze grip weer terug te krijgen? Wel, “het cognitief kunnen plaatsen van wat je overkomt, is essentieel om grip te krijgen op het leven en om nieuwe zin daarin te kunnen beleven” (p. 17).

Hieruit volgt, dat een mens met psychische problemen aan betekenisgeving zal doen. Een mens met psychische problemen zal zingevingvragen hebben.

We zagen net bij Zock (p. 17), dat het cognitief kunnen plaatsen van *wat je overkomt* essentieel blijkt om weer grip op je leven te kunnen krijgen. Nu hoort ‘dat wat je overkomt’ bij je eigen levensverhaal. Dit brengt een volgend kenmerk van zingevingvragen in beeld: een mens stelt zingevingvragen niet los van zijn levensverhaal.

3.4.7. Zingevingvragen zijn verbonden met het levensverhaal.

Bij Van den Berg (2001, p. 2) lezen we: “Een vraag over zingeving is niet te verstaan zonder kennis van een levensverhaal.” “De vraag naar de zin van het leven is de vraag naar de levensweg. ... De levensweg is de ‘innere Reise’. ... Het persoonlijke levensverhaal is het verslag van deze ‘innere Reise’”.

Van Zanten (1994, p. 53-54) zegt het zo: “Daarom kunnen we een zingevingssysteem ook een *levensverhaal* noemen.” Als je goed luistert hoor je, bij het afnemen van een anamnese, achter de feiten de zingeving... Je hoort een “verhaal dat opgebouwd is uit ervaringen, opgedaan in relatie met belangrijke anderen, gericht op de waarden in het leven en als basis dienend voor wat komen gaat. En alleen al het vertellen ervan helpt de persoon ‘om op verhaal te komen’.”

‘Datgene wat ons overkomt’ maakt deel uit van ons levensverhaal en gaat ‘ons verleden’ vormen. Zolang dit verleden voor de betrokkene ‘klopt’, is er niets aan de hand. Het krijgt een vanzelfsprekende plaats in een nog steeds coherent levensverhaal.

Anders wordt het, wanneer ‘datgene wat ons overkomt’ zodanig schokkend voor ons is, dat we geen kans zien het een plaats te geven in ons levensverhaal. Om met Van der Lans te spreken: ons levensproject is in het geding.

Stroeken (1999, p. 18) zegt nu over de met zinvragen worstelende cliënt, dat deze geen zicht kan krijgen op zichzelf zolang hij zijn verleden *niet kent*.

Ook hier loopt een lijn naar de hulpverlening: “Natuurlijk wordt het verleden besproken. Niet vanwege dat verleden als zodanig, maar juist omdat het nog niet voorbij is, nog heden is.”

“De bespreking van het verleden (‘datgene wat ons overkomen is’, M.H.) is noodzakelijk om het achter zich te kunnen laten, om toekomst te kunnen krijgen, dus” (p. 18).

Hieruit mogen we opmaken, dat het *bespreken* van het verleden maakt, dat het verleden verwerkt kan worden, opdat de cliënt het vervolgens *achter* zich kan laten en er ruimte komt voor toekomstperspectief (en daarmee voor hernieuwde zin).

Hierin krijgt Stroeken bijval van Van Zanten (1994, p. 40-43). Ook zij bevestigt de noodzaak van kunnen praten over de (zin)vragen die je bezig houden, waar je mee worstelt. Zonder erover te kunnen praten blijf je met je emoties zitten, kun je het verleden niet verwerken, kun je geen nieuwe zin vinden. “Opnieuw zin ... vinden ... lukt alleen door erover te praten” (p. 40).

Stroeken (1999, p. 20-33) voegt nog een aspect toe, dat van belang blijkt te zijn om tot zinvinding te *kunnen* komen: het wekken van het verlangen van de cliënt. “Zonder verlangen geen zin” (p. 33). “Het is de bedoeling van het [psychotherapeutische] proces, dat al pratend het *verlangen* van de cliënt zoveel mogelijk te voorschijn komt vanonder de aanslibbels der jaren ...: dat hij zélf gaat spreken...” “Met het eigen woord, met het nieuwe levensverhaal, komt het eigen verlangen naar boven” (p. 20). Hij citeert Yalom, waar deze concludeert dat zijn therapie zelden succesvol bleek te zijn, als hij mensen niet hielp om zich te richten op *verder liggende* uitdagingen.

Bij Schreurs (2001, p. 38, 39) komen we ditzelfde thema tegen. Zij benadrukt het belang ervan, dat de psychotherapeut de cliënt helpt ontdekken, waar hij zich in zijn leven *van harte* aan zou willen en kunnen wijden.

Op basis van het bovenstaande kunnen we het volgende concluderen: wil iemand met zingevingsproblematiek weer tot zinbeleving kunnen komen, dan moet hij over zijn zingevingsvragen kunnen *praten*. In de tweede plaats moet zijn verlangen weer gewekt worden. Het wekken van het verlangen lijkt de functie te hebben van het (weer) zien van perspectief, van het vinden van een doel waar we voor willen gaan, zodat de ‘levenslust’ weer terugkeert.

3.4.8. Zingeving en zingevingsbronnen.

We lezen zojuist bij Stroeken, dat het verlangen van de cliënt te voorschijn komt als hij erin slaagt zijn *nieuwe levensverhaal* te construeren.

Nu zijn met het levensverhaal “normen en waarden verweven en daarmee raken we aan de levensvisie” (p. 25). Een persoon met zingevingsvragen zal zich, bij het zoeken naar nieuwe perspectieven, richten op zingevingsbronnen, die voor hem van waarde zijn.

Mensen maken bij zingeving gebruik van zingevingsbronnen, ook wel zingevingsdomeinen genoemd.

In de literatuur worden vele onderzoeksresultaten vermeld, die in verband staan met het thema ‘zingevingsbronnen’. Voor zover de bevindingen me relevant lijken voor het onderwerp van deze scriptie, vermeld ik deze.

De vermelding van expliciete onderzoeksresultaten laat ik een klein stukje inspringen.

Debats (1996, p. 110) vermeldt in zijn dissertatie, dat bij onderzoek meestal zes tot negen potentiële zingevingsdomeinen naar voren kwamen.

Een onderzoek van Kaufman toont aan, dat het *aantal* domeinen dat een persoon als betekenisvol beschouwt in zijn leven, meestal varieert van vier tot zes (p. 110).

Battista en Almond (1973) behoorden tot de eerste sociale wetenschappers, die dit soort onderzoek deden. Zij kwamen in hun analyse tot zes hoofddomeinen van zingeving, waarbij ‘relaties’ de belangrijkste zingevingsbron bleek te zijn (p.110).

Debats (1996) heeft zelf opnieuw onderzoek gedaan naar de vraag, welke domeinen zingevend zijn in een mensenleven.

Met behulp van de door hem ontwikkelde Levensvisievragenlijst (LVV) onderzocht hij twee populaties jonge studenten: een ‘gezonde’ populatie, met een gemiddelde leeftijd van 20,1

jaar en een populatie van gemiddeld 23,1 jaar, die doorverwezen was naar een universitaire instelling voor geestelijke gezondheidszorg.

Voor beide groepen bleken de belangrijkste zingevingsdomeinen ‘persoonlijke relaties’ en vervolgens het ‘dagelijkse werk’ (p. 117).

Daarnaast bleek voor de gezonde jongeren het domein ‘persoonlijk welzijn’ erg belangrijk te zijn, in het bijzonder de subcategorie ‘genieten’, ‘plezier hebben’. Dit bleek voor hen een bijna net zo belangrijke bron van zingeving te zijn als de op de tweede plaats genoteerde bron: ‘Life-work’ (p. 117, 118).

De zieke jongeren scoorden daarentegen hoog op het thema ‘niet tastbare doelen’, een subcategorie van het domein zelfactualisatie (zie voor de inhoud van ‘Intangible Goals/ Talents’: p. 116). De gezonde jongeren scoorden hier 70 % lager! (p. 118).

Zie voor dit onderzoek van Debats: p. 113-128.

Persoonlijke relaties bleken dus *ook* in het onderzoek van Debats de belangrijkste bron van zingeving te zijn. In de literatuur komen we deze zelfde bevinding vaak tegen.

Ook uit vele kwalitatieve onderzoeken bleek consistent voor *alle* leeftijdsgroepen ‘relaties’ de meest belangrijke zingevingsbron te zijn (Debats, p. 110). Dit geldt niet alleen voor de vroege onderzoeken (o.a. Battista & Almond, 1973), maar ook voor hedendaagse uitkomsten. Zo verwijst Leijssen (2004) naar een drietal recentere bronnen (Wong & Fry, 1998, O’Connor & Chamberlain, 2000, en Debats, 2000).

In deze onderzoeken komen ‘relaties’ eveneens als belangrijkste bron van zingeving naar voren.

De tweede bron van zingeving kan omschreven worden als “succes in persoonlijke ontwikkeling of in het realiseren van levensdoelen”. Het betreft hier belangrijke bezigheden zoals werk, studie of een hobby waarin men veel tijd steekt. Dit komt overeen met de bevinding van Debats (1996), bij wie de categorie ‘Life-work’ ook eindigde op de tweede plaats.

Verder lezen we bij Leijssen, dat zinloosheid veel te maken heeft met ongezonde relaties en gebrek aan *contact*. Stroeken (1999, p. 27) laat zich in dezelfde zin uit waar hij schrijft, dat zinvolheid te maken heeft met *contact* en zinloosheid met isolement.

Tijdens de Lievegoedlezing 2004 van de Arta-Lievegoedgroep benadrukte Debats ook de grote rol van ‘contact’ bij zingeving: “Ervaringen van zinvolheid worden namelijk gekenmerkt door het in contact zijn op intrapersoonlijk, interpersoonlijk en transcendent niveau. Ervaringen van zinloosheid laten zich juist kenmerken door het zich afgescheiden voelen op de genoemde niveaus” (uit het verslag van A. Collee).

Uit bovenstaande onderzoeksresultaten bleek vooral het belang van de factor ‘relaties’ voor de beleving van zin.

Hieronder volgen nog overige vermeldenswaardige onderzoeksbevindingen met betrekking tot zingevingsbronnen.

We zagen, dat het *aantal* domeinen dat een persoon als betekenisvol beschouwt in zijn leven, meestal varieert van vier tot zes.

Leijssen (2004) geeft hier twee aanvullingen op:

- O’Connor & Chamberlain (2000) constateerden, dat een groter bereik doorgaans resulteert in een sterker gevoel van psychisch welbevinden en zinvol leven.
- In de tweede plaats wijst Leijssen erop, dat zingevingsbronnen verschillende dimensies van het menselijke bestaan bestrijken. Zij doelt op de fysieke, de sociale, de psychische en de transcendent dimensie. “Iemands identiteit ontwikkelt zich over die vier dimensies.”

Debats (2000), aldus Leijssen, geeft nu aan, dat een zinvol leven niet alleen wordt gekenmerkt door *meerdere* bronnen van zingeving. Iemands welzijn blijkt optimaal “als de vier dimensies van het menselijke bestaan vertegenwoordigd zijn in de zingeving domeinen.”

De laatste twee onderzoeksresultaten die we vermelden met betrekking tot het thema ‘zingevingbronnen’ vinden we eveneens bij Leijssen (2004). Zij lijken de onderzoeksresultaten van Debats (1996) te bevestigen.

- “Mensen die geen levensvervullende bezigheden hebben waarnaar ze uitkijken (dus geen inhoud kunnen geven aan de zingevingbron ‘Life-work’, M.H.) ... , mensen die geen uitdaging hebben om er voor iets of iemand te zijn (geen invulling kunnen geven aan het zingeving domein ‘Relationships’, M.H.) vallen ten prooi aan zinloosheid.”

Dit kan bijna niet uitblijven, als we zien dat ‘persoonlijke relaties’ en ‘dagelijks, levensvervullend werk’ de twee belangrijkste zingevingbronnen blijken te zijn voor mensen.

- Uit het door Leijssen vermelde onderzoek van Coward (2000) blijkt, dat wanneer mensen getroffen worden door een levensbedreigende ziekte, het domein *transcendentie* naar voren schuift als meest belangrijke bron van zingeving, hetgeen bovendien gepaard blijkt te gaan met een toenemend gevoel van psychisch welbevinden.

Ook hier zien we een parallel met het onderzoek van Debats (1996), waaruit naar voren kwam, dat bij jongeren die te kampen hebben met psychische problemen het domein *zelfactualisatie* naar voren schuift als belangrijke bron van zingeving.

Afsluitend betrekken we bij deze paragraaf één van de vijf kenmerken van zinervaring, die Van Dijk (1982, p. 9) al in 1982 onderscheidde.

Van Dijk karakteriseert de categorie van de zinervaring als een *relationele* categorie. “De mens is geplaatst in of tegenover iets waarin hij zin ontwaart en ervaart, of juist niet.” “Het gaat niet om ik op zichzelf, maar om ik in relatie tot iemand of iets” (p. 10).

Bij Sulmasy vonden we ook al de gedachte, dat de mens een wezen-in-relatie is, op alle vier niveaus van zijn bestaan. De opmerkingen van Van Dijk sluiten ook aan bij de uitspraak van Debats (2004), dat ervaringen van zinvolheid worden gekenmerkt door het ‘in contact zijn’ op intrapersoonlijk, op interpersoonlijk en op transcendent niveau.

De *aanvulling* van Van Dijk bestaat hierin, dat hij een stap verder gaat, door expliciet te stellen: “De zinrelatie als categorie blijft bestaan bij alle verandering van de zinrelatie” (p. 11).

Een mens zal dus altijd zin ontleen aan de relatie met iemand of iets, hoe deze relatie ook wordt ingevuld en zal altijd problemen hebben met zinervaring als deze relatie niet tot stand kan komen...

In elke situatie en in elk tijdsgewricht zal hij, zo nodig, weer nieuwe, als zinvol ervaren inspiratiebronnen zoeken en vinden.

Hoofdstuk 4. Welke aandacht geven therapeuten en psychiaters aan levensbeschouwelijke- en zingevingsvragen:

Welke waarde kennen zij hieraan toe (met het oog op hun vakgebied).
Welke plaats krijgen deze vragen in de therapeutische hulpverlening.

4.1. Enkele inleidende noties.

4.1.1. Een kort resumé.

Aan het slot van 3.3.1. konden we het volgende vaststellen:

1. Een mens is een zinzoekend en zin verlenend wezen.
2. Ieder mens blijkt, bewust of onbewust, te beschikken over een levensbeschouwing.
3. Zin geven kan een mens (pas) als hij beschikt over waarden (in elke levensbeschouwing aanwezig). Met behulp van (bewuste of onbewuste) waarden geeft hij zin aan zijn leven.
4. Een mens is een sociaal wezen.

Een en ander heeft ongetwijfeld consequenties voor de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg.

In de eerste plaats: als een mens wordt gezien als een zinzoekend en zingevend wezen, zal er in een hulpverlenersituatie ongetwijfeld aandacht en ruimte zijn voor zijn zingevingsvragen, nietwaar? De hulpvrager zal immers, bewust of onbewust, zingevingsvragen kunnen hebben. Een mens vraagt (vaak) pas hulp als hij het ‘niet meer ziet zitten’, als de mogelijkheid om zin te geven aan en zin te ervaren in zijn leven, weggeëbd is. Als er niets meer is om voor te leven, als hij een innerlijke leegte ervaart...

In de tweede plaats is gebleken, dat we zin geven aan ons leven met behulp van waarden, die vervat zijn in onze levensbeschouwing. Als de zingeving stopt, zegt dat waarschijnlijk ook iets over de levensbeschouwing, de waarden en normen, die de hulpvrager ter beschikking staan. Allicht zijn die waarden niet meer afdoende om het individu in zijn situatie een gevoel van zinvolheid te geven, of misschien functioneert de levensbeschouwing té onbewust of té ongestructureerd om (in die fase) het individu als richtsnoer bij zingeving van dienst te kunnen zijn...

Ongetwijfeld zal de therapeut nagaan óf en in hoeverre de levensbeschouwing van de hulpvrager aandacht behoeft: welke rol speelt zij in het leven van de cliënt en bij de actuele problematiek. Ja, toch?

4.1.2. Aandacht voor zingevingsvragen groeit.

Laten we eens kijken wat de literatuur ons te melden heeft over de wijze, waarop therapeuten in de praktijk aankijken tegen en omgaan met zingeving en de zingevingsvragen en levensbeschouwelijke visie van hun cliënten.

Bladerend door de vele (!) literatuur over zingeving en zingevingsvragen valt op, dat vanaf het midden van de jaren tachtig expliciet aandacht wordt gevraagd voor de spirituele, existentiële en levensbeschouwelijke dimensie, die meespeelt bij de (psychotherapeutische) hulpvraag.

Titels als “Op zoek naar zin”, “Psychotherapie en zingeving”, “Zingeving en zinervaring”, “Spiritualiteit en zingeving in de gezondheidszorg”, “Zingeving in de palliatieve zorg”, “Zorgen met zin” (titels buiten KSGV-verband) en “Vragen naar zin”, “Zoeken naar zin”, “Ouderen en zingeving”, “Zingeving kun je leren”, “Hulpverlener en zingevingsvragen”, “Psycho-

therapie en levensbeschouwing”, “Pastorale counseling en spiritualiteit”, “Spiritualiteit in psychotherapie?” (uitgaven van het KSGV) spreken voor zich. Thema’s als zingeving, levensbeschouwing en spiritualiteit blijken vandaag de dag actueel te zijn.

Van der Lans (2001) schrijft in het ‘Ten geleide’ van laatst genoemde titel: “We mogen constateren dat er onder de werkers in de GGZ een nieuwe aandacht is gegroeid voor de rol die zingevingsvragen kunnen spelen bij psychische problematiek”.

4.1.3. De hulpvrager heeft zingevingsvragen.

Ongetwijfeld is de aanleiding voor deze nieuwe aandacht het feit dat cliënten vaker met zingevingsvragen op het consult komen.

Berten (1985, p. 8) schrijft: “Het is mijn ervaring dat bij vele hulpbehoevenden deze vragen [over wijsheid, gerechtigheid, verlangen, hopen, beminnen, eenzaamheid, lijden, leven en dood, geloven en heil, enzovoorts] brandend zijn”.

Debats (1988) merkt op, dat het aanbod van allerlei alternatieve hulpverleningsvormen die een holistische benadering van levensproblemen voor staan, gestaag groeit. Hij vraagt zich af, of deze trend mede is ontstaan, omdat de traditionele hulpverlening nog te weinig luistert naar de “unheard cry for meaning” die schuil kan gaan achter de lichamelijke en psychische klachten van cliënten en patiënten.

Stroeken (1999, p. 15) stelt: “...vandaag de dag komt de modale patiënt op consultatie met zijn ziel onder zijn arm en legt zijn volledig bestaan als een probleem voor aan de therapeut.” *Anderzijds* zegt hij: “Omdat de vraag naar zin als zodanig niet gemakkelijk wordt gesteld dient die zich aan in de vorm van vage, onduidelijke klachten.”

Zingevingsvragen blijken dus niet altijd gemakkelijk herkend te kunnen worden. Dit gegeven kwamen we ook al tegen in 3.4.5.

Bij Van Kalmthout (2001, p. 20) lezen we een mededeling van dezelfde strekking: “Cliënten komen zelden binnen met de vraag naar de zin van het leven in de metafysische betekenis van het woord.” ... “Maar zij worstelen bijna allemaal met existentiële problemen, expliciet of impliciet: ze zijn er altijd, ... Om die reden kunnen psychotherapeuten niet heen om de vraag naar de zin van het leven”.

Lia Vergouwen & Jacques Kerssemakers (2004, p. 9) concluderen in het ‘Ten geleide’: “Cliënten vragen dus aandacht voor zingevingsvragen.”

Kuilman schrijft in 1986 al, dat het feit dat zingeving zijns inziens zo weinig aan de orde wordt gesteld in hulpverlenersrelaties eerder iets zegt over ... de therapeut dan dat het zou betekenen dat de cliënt geen zingevingsvragen zou hebben.

Kuilman geeft dus eveneens aan dat cliënten zingevingsvragen hebben, maar tegelijkertijd geeft hij te kennen, dat zingeving *erg weinig* aan de orde wordt gesteld in de hulpverlenersrelatie. (Dit geldt dus voor een tendens, die in 1986 zichtbaar was of werd).

4.1.4. Nog weinig aandacht in de therapie voor levensbeschouwing en zingeving.

Deze bevinding wordt gesteund door (veel) andere auteurs. Zo schrijft Mooren (1988, p. 28), dat veel signalen erop wijzen, dat het slecht gesteld is met het schenken van aandacht aan levensbeschouwing en zingeving door psychotherapeuten.

Berten (1985, p. 5) citeert Cuvelier (1981): “Ik zoek nog steeds naar een eenheidsconcept van menstherapie waarin de integrale mens als een Eiffeltoren, goed gefundeerd, rechtop kan staan op zijn vier pijlers: zijn lijf, zijn psyche, zijn relaties, [en] zijn existentiële betekenisverlening.”

Hij houdt onvrede over het niet zichtbaar zijn van deze laatst genoemde pijler in de psychotherapie.

Berten is het met Cuvelier eens. Deze existentiële pijler komt zijns inziens te weinig aan bod. “Deze dimensie, die ik de verloren dimensie zou noemen, is zelden aanwezig.” Volgens Berten kunnen we spreken van een... “ééndimensionale therapie die te veel oog heeft voor functionaliteit ... en de vraag naar zin opzij laat” (p. 8).

Zock (2001, p. 13) merkt op, dat ondanks de groeiende aandacht binnen de GGZ voor religie en levensbeschouwing, er nog “veel werk aan de winkel” is om deze aspecten een volwaardige plaats te laten krijgen in de therapeutische zorg voor cliënten en in de behandeling van patiënten.

Bij Fijn (2004, p. 84) lezen we, dat de hulpverlening vaak de mens áchter de cliënt vergeet, “de mens met een verleden, een heden en een toekomst.” Hij zegt echte acceptatie en zingeving vanuit een holistische benadering te missen.

Waar de eerder genoemde citaten veelal betrekking hadden op de psychotherapeutische praktijk, spreekt Fijn expliciet over zijn ervaringen met de *psychiatrische* hulpverlening.

4.1.5. De opzet voor verder onderzoek.

Op dit punt aangekomen, maken we even een pas op de plaats. Kort geleden (in 4.1.1.) kwamen we tot vier bevindingen. We kunnen daar nu de volgende drie bevindingen aan toevoegen:

1. Vanaf het midden van de jaren tachtig wordt in de literatuur aandacht gevraagd voor de rol, die zingeving(svragen) en levensbeschouwing (in brede zin) kunnen spelen bij de psychische problematiek.
2. Therapeuten onderkennen, dat hun cliënten met zingevingsvragen op consult komen.
3. Zingeving en levensbeschouwing krijgen over het algemeen nog (te) weinig aandacht in de therapeutische relatie.

Inmiddels zijn we bezig met de beantwoording van onze onderzoeksvragen: 4.1.3. sluit aan bij onze eerste onderzoeksvraag, terwijl de beantwoording van onze tweede onderzoeksvraag aan bod komt in 4.1.2. en 4.1.4. In 4.1.4. vinden we tevens een eerste antwoord op de derde onderzoeksvraag. In dit tempo voortschrijden is echter niet mogelijk. De beantwoording van de derde onderzoeksvraag zal meer tijd kosten.

Wat weten we inmiddels? Enerzijds blijkt, dat therapeuten gemerkt hebben, dat hun cliënten (steeds vaker) vragen op het gebied van zingeving en levensbeschouwing hebben, als ze met een hulpvraag komen. Anderzijds horen we de klacht, dat therapeuten veelal te weinig met deze vragen doen.

Dit zijn twee algemene uitspraken. Vooral de laatste bevinding is nog veel te vaag om er conclusies aan te kunnen verbinden.

Het is de bedoeling om aan het einde van deze scriptie antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen en daarmee op de vraag, in hoeverre er aandacht en plaats is voor zingevingsvragen in de GGZ. Om op deze vragen antwoord te kunnen geven, betrek ik nu de vierde en de vijfde onderzoeksvraag bij mijn verdere onderzoek.

De opzet van hoofdstuk 4 ziet er dan als volgt uit:

In de eerste plaats blijkt, dat in de literatuur een tweetal (basis)mogelijkheden wordt onderscheiden, wat betreft de wijze, waarop de hulpvrager door de therapeut benaderd kan worden. Het betreft twee benaderingen die feitelijk tegenover elkaar staan. Ik doel hier op de persoonsgerichte- versus de symptoomgerichte benadering.

Daarnaast blijkt zich de afgelopen decennia een derde benaderingswijze ontwikkeld te hebben, namelijk de kortdurende probleemgerichte benadering.

In 4.2. licht ik, vanuit de literatuur, deze benaderingswijzen en de plaats van zingeving daarin toe, om vervolgens na te gaan óf en waar we ze terug vinden binnen de GGZ.

In de tweede plaats is het mogelijk, dat bij 'de' psychiater levensbeschouwelijke- en zingevingsvragen van de patiënt een andere plaats krijgen dan bij 'de' psychotherapeut (zijnde een daartoe gespecialiseerde psycholoog).

In 4.3. wil ik daarom na gaan, welke plaats en aandacht zingevingsvragen, levensbeschouwing en geloof krijgen in 'de' psychiatrie; 4.3.1. en 4.3.2. bestaan uit algemene berichten uit het psychiatrische praktijkveld, in 4.3.3. bevestigd door een theoretische bijdrage van Mooij. In 4.3.4. geef ik een overzicht van het vervolg van de opbouw en inhoud van 4.3.

In 4.4. komt de aandacht en plaats voor zingevingsvragen, geloof en levensbeschouwing in 'de' psychotherapie aan de orde. In 4.4.1. geef ik een specificering van de inhoud van 4.4.

In 4.5. komen drie in de literatuur terug te vinden factoren aan de orde, die het opnemen van zingevingsvragen in zowel de psychiatrische als de psychotherapeutische praktijkvoering *mogelijk* belemmeren.

Met behulp van de informatie, gevonden in 4.2., 4.3., 4.4. en 4.5. kunnen we vervolgens in hoofdstuk 5 enigszins genuanceerde (zij het voorlopige) antwoorden geven op onze onderzoeksvragen.

Ik ga nu eerst in op drie in de literatuur genoemde manieren, waarop de therapeut de hulpvrager met zijn vraag/klacht kan benaderen (hetgeen niet wil zeggen dat dit de enige mogelijkheden zijn).

4.2. **Een drietal benaderingswijzen**

4.2.1. **De persoonsgerichte benadering.**

Over de persoonsgerichte psychotherapie heeft Martin van Kalmthout (1997) een lezenswaardig boek geschreven. In het kort komt deze holistische benadering op het volgende neer: de therapie richt zich op de 'hele' persoon; geen enkel aspect van iemands functioneren wordt *los* van deze hele mens 'behandeld'.

Psychologische problemen en symptomen zijn ooit ontstaan door een interactie of relatie met belangrijke anderen, die de persoonsontwikkeling belemmerd heeft.

Door aandacht te hebben voor de 'hele mens' kunnen de vaak verborgen en ondergesneeuwde mogelijkheden van de hulpvrager weer ontdekt en ontwikkeld worden, kunnen fundamentele conditioneringen doorbroken worden, kan de persoon worden wie hij (al) is.

Belangrijk in de persoonsgerichte therapie is het streven om de cliënt zover te brengen dat hij, door zijn meest innerlijke bron(nen) te volgen, als authentiek, autonoom mens zijn leven kan leven. Hierbij is aandacht voor vragen rond zingeving, levensbeschouwing en spiritualiteit.

De oplossing van de problematiek van de hulpvrager wordt gezocht in het alsnog laten gebeuren wat (vroeger) niet heeft plaats gevonden.

Het is dus niet verwonderlijk, dat de therapeutische relatie beschouwd wordt als de centrale factor in het genezingsproces. De *persoon* van de psychotherapeut is de werkzame factor.

4.2.2. **De symptoomgerichte benadering.**

In deze benadering is de aandacht exclusief gericht op het (lichamelijke) disfunctioneren.

Als de klacht vertaald is in een daarbij behorend symptoom, bestaat de behandeling, volgens de richtlijnen van een nauwkeurig omschreven diagnostiek (de DSM-classificatie), vervolgens uit precies van te voren vastgelegde interventies, waardoor de klacht ‘zou moeten’ verdwijnen.

Vingerhoets & Berting (2002, p. 2) schrijven, dat in dit model “voor persoonlijkheid, emoties, cognities of gedrag van de patiënt geen plaats was”. Deze aspecten werden “ook voor het genezingsproces als niet relevant beschouwd” (p. 3). Individuele aspecten van de cliënt kunnen bij de behandeling juist als stoorzender fungeren.

Dit betekent, dat in dit model aan individuele gevoelens van de patiënt (zoals onzekerheid, angst, gering zelfrespect, verdriet, schuld, woede, ...) geen aandacht wordt geschonken in de behandeling.

Verhelderend is nog de opmerking van voornoemde schrijvers, dat men binnen een traditioneel biomedisch model wél aannam, dat lichamelijke ziekte invloed kan hebben op het psychisch welbevinden, maar niet, dat, omgekeerd, psychosociale factoren een rol kunnen spelen bij (het ontstaan van) somatische aandoeningen.

Het moge duidelijk zijn dat in deze benadering geen plaats is voor zingevingsvragen. Het gaat niet om ‘de hele mens’, maar om het éne ‘zieke’ deeltje, waaraan gesleuteld moet worden. Je zou dus kunnen stellen dat op een mechanistische, technische wijze therapie wordt bedreven.

4.2.2.1. Een recente ontwikkeling in de huidige GGZ, ten gunste van de symptoomgerichte benadering.

4.2.2.1.1. De recente ontwikkeling in de GGZ.

Zelf was ik op voorhand geneigd aan te nemen, dat we de persoonsgerichte benadering overwegend terug zouden vinden in de psychotherapeutische context en de symptoomgerichte oftewel biomedische benadering wat vaker in de psychiatrie.

Wat betreft de psychiatrie kunnen we nog geen uitspraken doen, maar uit de literatuur blijkt nu, dat wat betreft de psychotherapeutische praktijk een en ander iets genuanceerder ligt.

In het ‘Ten geleide’ van de uitgave ‘Vragen naar zin’ (2004, p. 10) schrijven Lia Vergouwen & Jacques Kerssemakers (verwijzend naar één van de bijdrages), dat “...in de momenteel dominante symptoomgerichte psychotherapie nauwelijks ruimte bestaat voor zingeving, terwijl de persoonsgerichte therapie, die wel volop aandacht had voor persoon, levensverhaal en zingeving, grotendeels uit de GGZ is vertrokken richting particuliere praktijk.”

Bij Hutschemaekers & Festen (2004, p. 24) lezen we, dat “binnen het psychotherapeutische discours sinds jaar en dag sprake [is] van twee soorten psychotherapie”: de symptoomgerichte psychotherapie (gericht op de reductie van klachten) en de persoonsgerichte psychotherapie (gericht op “adaptatie en bewerking van de persoonlijkheid”).

Zij merken op, dat de institutionele GGZ sinds het begin van de jaren negentig in de vorige eeuw afstand lijkt te nemen van de traditionele, persoonsgerichte kaders. Dit ten gunste van de symptoomgerichte psychotherapie, die als effectief uit onderzoek te voorschijn komt (p. 24). Het vertrek van de persoonsgericht werkende therapeut uit de GGZ sluit aan bij “de ... verwetenschappelijking en technocratisering van de institutionele geestelijke gezondheidszorg” (p. 25).

Deze tendens vinden we ook elders in de literatuur bevestigd. Zo lezen we bij Van Kalmthout (1997, p. 15), dat we in deze tijd kunnen constateren “dat de traditionele persoonsgerichte psychotherapieën ... sterk op hun retour zijn, althans in de officiële wetenschappelijke en professionele wereld”.

Hutschemaekers & Festen (p. 25-26) concluderen, dat het er op lijkt “dat met het verdwijnen van de persoonsgerichte psychotherapie het thema van zingeving binnen de reguliere GGZ

heeft ingeboet”. Men vraagt zich binnen deze sector namelijk af, of het thematiseren van zingevingsvragen wel past “in een GGZ, die vooral inzet op specifieke interventies”. Deze tendens blijken we zowel bij de managers terug te vinden als bij de hulpverleners zélf. Hutschemaekers & Festen (p. 21) merken op, dat veel managers in de GGZ in hun beleidsnota’s laten weten, dat het uitgangspunt van hun aanpak de hulpvraag van de cliënt is. Toch leidt dit vrijwel nergens “tot het inrichten van een zorgprogramma zingevingsproblemen”. De schrijvers menen bijna te kunnen spreken van “een dubbele moraal” bij de beleidsmakers. Maar niet alleen managers, vooral ook “hulpverleners zélf blijken uiterst terughoudend als het gaat over de plaats van zingeving binnen de GGZ. In plaats van meer ruimte te creëren voor zingeving constateren we een tegenovergestelde beweging: steeds uitdrukkelijker wordt geopteerd voor een GGZ die zich bekent tot een geneeskunde, die gericht is op het wegnemen of verminderen van symptomen.” (p. 30).

Toch lijkt het me goed te melden, dat deze tendens in de GGZ niet geheel eenduidig blijkt te zijn. Bij Hutschemaekers & Festen lezen we namelijk óók, dat de hulpverleners zelf ambigu blijken te zijn over de plaats van zingeving in de behandeling. Belangrijk voor ons onderwerp lijkt me de mededeling, dat uitgesproken vóórstanders voor het opnemen van het thema ‘zinggeving’ in de behandeling voornamelijk uit de kring van *psychotherapeuten* komt, terwijl ‘anderen’ er juist uiterst sceptisch over blijken te zijn (p. 21). Zouden deze ‘anderen’ met name psychiaters kunnen zijn?

We nemen deze mededeling mee in de verdere ‘zoektocht’, om te zien of deze tendens elders bevestigd, dan wel genuanceerd of zelfs tegengesproken wordt.

Een en ander laat echter onverlet, dat we te maken blijken te hebben met een GGZ, die zich meer en meer bekent tot een geneeskunde, die gericht is op het wegnemen of verminderen van symptomen.

De reden hiervan blijkt de aanname te zijn, naar analogie van de analyse van Van Dantzig (1995), dat, naar mate er meer en betere geneeskundige interventies voorhanden zijn, de behoefte aan zingeving af zou nemen (p. 22). “Dankzij ons geloof in wetenschap is er geen behoefte meer aan hoop op zin, laat staan hoop op religieuze zingeving, aldus Van Dantzig” (p. 22). Zingeving is pas aan de orde zodra de wetenschap is uitgesproken. Of anders gezegd: “zinggeving bestaat bij de gratie van gebrek aan ... effectieve behandelmethoden” (p. 30). Niemeijer (2004, p. 1) citeert in dit verband eveneens Van Dantzig: “Zingeving is pas aan de orde zodra de wetenschap aan de grenzen van zijn kunnen is. De vraag naar zingeving ... hoort bij een gezondheidszorg die niet beschikt over effectieve interventies om ziekte direct te bestrijden”.

Ook bij Niemeijer lezen we: “Van Dantzig ... lijkt hiermee een gangbare opvatting in de hedendaagse geestelijke gezondheidszorg te verwoorden”.

Dit plaatst hij in contrast tot de antroposofische gezondheidszorg, waarin zingeving een wezenlijk onderdeel van de behandeling vormt.

4.2.2.1.2. Een kanttekening bij de voornoemde ontwikkeling binnen de GGZ.

Naar aanleiding van de aanname, dat zingevingsvragen *pas* gesteld worden, als de gezondheidszorg niet meer beschikt over “effectieve interventies om ziekte direct te bestrijden”, wil ik een kanttekening plaatsen.

Ongetwijfeld draagt een goede gezondheidszorg bij aan een gevoel van welbevinden. Bij een optimale gezondheid zal een persoon geen zingevingsvragen hebben vanwege *fysieke* problemen. Maar worden, omgekeerd, zingevingsvragen *alleen* gesteld als men fysieke problemen heeft?

We zagen in 3.4.4., dat de zinvraag wordt gesteld, als de kwaliteit van het leven wordt aangetast, met als gevolg dat het levensverhaal niet meer klopt. Deze kwaliteit kan worden aangetast op het niveau van *elk* van de vier dimensies van ons mens-zijn: de fysieke, de sociale, de psychische en de geestelijke dimensie. Als in een (of meerdere) van deze dimensies een kink in de kabel komt en het levensverhaal stukt, dan zullen zich, bij de persoon in kwestie, zingevingsvragen aandienen.

Van Dantzig stelt nu het volgende: zolang we *fysieke* problemen vóór blijven, door over adequate behandelmethodes en medicatie te beschikken, zal de zinvraag *niet gesteld* worden.

M.i. wordt hier een logische denkfout gemaakt.

Gesteld: A staat voor (ernstige) fysieke problemen. P staat voor zingevingsvragen. Dan geldt vervolgens: $A \rightarrow P$.

Door Van Dantzig c.s. wordt echter het antecedent A ontkend. We krijgen dan: $\neg A \rightarrow \neg P$.

Dit is een formele drogreden (Sanders, 1991, p. 40): ‘Als ik er nou maar voor zorg, dat een mens géén lichamelijke problemen krijgt, dan blijven de zinvragen ook wel weg’. Al blaakt een persoon echter van gezondheid ($\neg A$), dan nog kunnen zich op sociaal (B), psychisch (C), en/of geestelijk niveau (D) dusdanige problemen voordoen, dat dit leidt tot zingevingsproblematiek. Eenzelfde logische denkfout wordt gemaakt, als een psychotherapeut meent door eenzijdige ‘interventies’ zinvragen te kunnen uitsluiten.

Hoewel een leven zónder zingevingsvragen m.i. niet ‘maakbaar’ is door slechts de ‘juiste’ (al dan niet medische) interventies te plegen, laten toch veel mensen, aldus Kal (2004, p. 41), zich leven door “illusies van maakbaarheid”.

4.2.3. De kortdurende probleemgerichte benadering

Hutschemaekers & Festen (2004, p. 15-34) laten een iets genuanceerder geluid horen wat betreft de bovenvermelde tendens in de geestelijke gezondheidszorg.

Eenzijds is het waar, dat de persoonsgerichte psychotherapie veld heeft geruimd in de GGZ ten gunste van de meer zakelijk en technisch opererende symptoomgerichte psychotherapie. Anderzijds blijkt dat, binnen de institutionele GGZ, een nieuwe psychotherapievariant tot ontwikkeling is gekomen: de ‘kortdurende probleemgerichte psychotherapie’, waar beide schrijvers een lans voor willen breken.

Deze therapie zou geschikt zijn voor de grote meerderheid van de cliënten in de GGZ, die, gezien de aard van hun klachten, niet (meer) behandeld hoeven te worden door een psychiater. Het zou mogelijk gaan om *persoonlijkheidsstoornissen*, *chronische* problemen en overige, niet in de DSM-classificatie onder te brengen klachten en/of vragen (p. 23). We lezen namelijk (p. 23), dat een grote meerderheid van de cliënten in de GGZ niet onder het regime van een specialistische psychiatrie valt. “Daarbij zijn twee groepen te onderscheiden. De eerste groep heeft klachten, die niet of nauwelijks voldoen aan de criteria van de DSM-as 1. ...

Hoogstens kunnen hun problemen geassocieerd worden als persoonlijkheidsstoornis”.

Vervolgens lezen we: “De tweede groep is de DSM en de specialistische psychiatrie voorbij. ... : ondanks alle zorgen van hulpverleners hebben hun problemen een chronisch karakter gekregen” (p. 23).

Zelf verbaast het mij, dat patiënten met deze, toch wel heftige klachten, die (soms na jarenlange behandeling) *niet* (meer) behandeld hoeven te worden of zelfs *kunnen* worden door een psychiater, wél baat zouden hebben bij een *kortdurende* psychotherapie.(?).

Wat zegt een en ander over de samenwerking tussen de betrokken disciplines?

Wat zegt dit over de werkwijze en doeltreffendheid van psychiatrische hulp/begeleiding?

Of gaan de schrijvers ervan uit, dat het in de psychiatrie alléén om doeltreffende medicatie gaat en bij deze patiënten de medicatie blijkbaar niet aansloeg...

Hier past de mededeling van Kal (2004, p. 38), dat La Poutre benadrukt, dat bij een deel van de psychiatrische patiënten de medicijnen *niet aanslaan!* (Dit verschijnsel is dus bekend?).

Deze patiënten “zijn überhaupt (en nog meer) afhankelijk van een zingevende psychiatrie”.

Dit verder ter zijde. Misschien kunnen we later dergelijke vragen enigszins genuanceerd beantwoorden.

In de probleemgerichte benadering staat niet het symptoom centraal en evenmin de persoon, maar het *probleem* van de cliënt in zijn context (p. 26).

Als vervolgens gestreefd wordt naar ‘empowerment’, het proces van sturing kunnen en willen geven aan je leven, is dit een vorm van zingeving die als belangrijk en noodzakelijk wordt erkend door zowel symptoomgerichte als persoonsgerichte psychotherapeuten (p. 31).

De GGZ heeft volgens beide schrijvers dan een belangrijke zingevingstaak, als het er om gaat bij de cliënt deze empowerment te bewerkstelligen (p. 31-32).

Bij de voornoemde benaderingswijze wil ik een tweetal kanttekeningen plaatsen.

In 4.3.2.1. geef ik enkele opmerkingen weer van Bruinsma-de Beer, naar aanleiding van kritische uitlatingen van Kunneman.

In 4.2.3.2. breng ik deze benadering in verband met een onderzoeksresultaat van Debats.

4.2.3.1. Een bijdrage van Bruinsma- de Beer.

In haar proefschrift ‘Pastor in perspectief’ wijst de schrijfster (2006, p. 7) op het feit, dat Kunneman existentiële en zingevingsvragen heeft betiteld als ‘trage vragen’. Vervolgens licht ze een van zijn kritische opmerkingen nader toe:

“Een belangrijk punt van Kunnemans kritiek richt zich tegen instellingen, die deze ‘trage vragen’ transformeren in ‘een snelle vraag, een vraag die met behulp van versnellende technieken ... en dus met toenemende efficiency opgelost kan worden’”. Zij stelt, net als Van Zanten e.a. (zie 3.4.5.), dat op deze persoonlijke vragen en op vragen rond zingeving geen direct antwoord mogelijk is. “Deze problematieken vragen niet om een oplossingsgerichte aanpak, maar om de moed om te zoeken”.

Zou Kunneman met de GGZ, indien daar gewerkt wordt vanuit de *kortdurende*, probleemgerichte benadering, ook zo’n ‘instelling’ bedoelen, waar een ‘trage’ vraag potentieel (geforceerd?) getransformeerd wordt in een ‘snelle’ vraag?

4.2.3.2. Een onderzoeksresultaat van Debats.

Bij Debats (1996, p. 71) lezen we het volgende: “Although fulfilment appears to be positively related to improvement in terms of reduction of psychiatric complaints, one cannot conclude from this that meaning in life increases automatically as a result of a decrease of psychological distress. Note, that the percentage of the patients who were significantly improved in terms of psychological distress is much larger, i.e. 87 %, than the percentage of the patients, who are improved in terms of meaning in life is, namely 34 %. These differential improvement rates correspond with the fact that the present study was conducted in a regular psychotherapy institution”. Dit wil dus zeggen, dat wanneer een therapeut niet **expliciet** aandacht heeft voor zingevingsvragen of zingevingsproblemen (zoals veelal in een ‘reguliere’ psychotherapeutische Instelling het geval is), bij 87 % van de cliënten wél een verbetering van de symptomen optreedt, maar slechts bij 34 % van de cliënten tevens sprake is van ‘meer zin’ in het leven.

Debats voegt hier aan toe, dat deze bevinding overeenkomt met wat enkele existentialistische theoretici (Maddi, Frankl, Yalom) al hadden beweerd, nl. dat “symptoms and meaning in life essentially constitute different criteria for assessing therapeutic outcome and that these both need therapeutic consideration”.

Wanneer nu bij een kortdurende, probleemgerichte benadering een verbetering van de symptomen lijkt te zijn opgetreden, is de kans groot, dat we te maken hebben met één van de per-

sonen bij wie (in 53 % van de ‘gevallen’) weliswaar verbetering van de symptomen opgetreden is, maar géén verbetering in de beleving van *zin*.

Debats (2004, p. 3) stelt, dat we alléén van een *geslaagde* psychotherapie kunnen spreken, “als cliënten niet alleen duidelijk minder klachten hebben en vertrouwen in hun toekomst, maar ook een vernieuwd vermogen tot zingeving”.

4.2.4. Waar vinden we de drie voornoemde benaderingen terug in de GGZ.

Op basis van wat we vonden in 4.2.2.1.1., kunnen we het volgende zeggen:

De persoonsgerichte benadering blijken we vooral en ook steeds vaker terug te vinden in de particuliere psychotherapeutische praktijk.

Onder psychotherapeuten, werkzaam in de institutionele GGZ, kunnen we deze persoonsgerichte benadering eveneens nog tegen komen, maar sporadischer. De persoonsgericht werkende therapeuten blijken zich juist meer en meer uit de institutionele GGZ terug te trekken.

Onder psychotherapeuten, in de institutionele GGZ werkzaam, overheerst de neiging om het voorbeeld van de symptoomgericht werkende arts/psychiater te volgen.

Inmiddels lijkt deze ontwikkeling *ten dele* een halt te zijn toegeroepen door de opkomst van de probleemgerichte benadering, van waaruit ook gewerkt wordt door aan de institutionele GGZ verbonden psychotherapeuten.

Gezien de uitlatingen van Fijn (4.1.4.), lijken we de symptoomgerichte, biomedische benadering ook tegen te komen in de psychiatrie, een van origine medische professie. In 4.3. schenken we expliciet aandacht aan de plaats van en aandacht voor zingevingsvragen in de psychiatrie.

Als we kijken naar de psychotherapeutische praktijkvoering, dan heeft aandacht voor de vraag naar zingeving, levensbeschouwing en spiritualiteit met name een *vaste* plaats in de persoonsgerichte psychotherapie. Deze therapievorm is echter snel aan het verdwijnen uit de institutionele GGZ.

4.3. De plaats van en aandacht voor zingeving(svragen), levensbeschouwing en geloof in de psychiatrie.

De vraag of er in de psychiatrie aandacht is voor de zingeving- en/of levensbeschouwelijke vragen van de patiënt is niet eenduidig te beantwoorden. In de literatuur treffen we zowel negatieve als positieve geluiden aan. Van beide geef ik een impressie.

4.3.1. Negatieve berichtgeving uit het praktijkveld.

Kal (2004, p. 39-40) vermeldt een onderzoek van Het Amsterdams Patiënten / Consumenten Platform naar “de levensbeschouwelijkheid van de GGZ”, met de vraag of de GGZ (in casu de psychiater) zich verdiept in de mens áchter de patiënt. Conclusie was, dat een holistische benadering in de GGZ ontbreekt. De patiënt wordt niet benaderd, ja, niet gezien als mens, als medemens. De focus op ziekte staat de vraag naar het levensverhaal en de vraag naar de zin in de weg:

“... de GGZ laat veel kansen liggen: ze laat mensen met zingevingsvragen te vaak alleen.”

“Geloof is voor veel psychiaters niet meer dan een neurose.”

Naar innerlijke ervaringen of belevingen wordt niet gevraagd of ze worden als ziekteverschijnsel geïnterpreteerd. (Kal heeft hier de institutionele GGZ op het oog).

Deze kritiek sluit aan bij de al eerder vermelde ervaring van Paul Fijn (2004, p. 84) met de psychiatrische hulpverlening. Indien de hulpvrager als persoon niet gezien wordt en er zelfs geen aandacht is voor zijn ‘probleem’, hoe goed is dan te begrijpen dat iemand als Fijn zich jarenlang als mens miskend heeft gevoeld. Het feit dat hij nu algemeen coördinator is van de Cliëntenbond in de geestelijke gezondheidszorg getuigt er ongetwijfeld van, dat hij spreekt namens velen.

Sisselaar (2004, p. 31) verwijst naar hetzelfde onderzoek als Kal. Hij stelt de uitkomst iets genuanceerder: “De meningen waren verdeeld over de vraag of de GGZ zich verdiept in de mens achter de cliënt”: 47 % van de respondenten vond dat de GGZ als mensbeeld een patiëntbeeld hanteert, 37 % van de respondenten was ‘wat’ positiever in zijn oordeel en 16 % had geen mening.

In de meeste gevallen (47 %, plus waarschijnlijk een deel van de 16 %, M.H.) zal de psychiatrische behandeling dus staan in het licht van de symptomatische benadering. In ongeveer één op de drie therapeutische relaties (37 %) zal de patiënt als mens wél (enigszins) gezien worden. (In welk opzicht en in welke mate? Daarover wordt geen uitspraak gedaan).

Psychiater Glas (1998, p. 8) meldt: “Er is bijna geen land ter wereld waar psychiatrie en psychotherapie zo afgeschermd zijn van de wereld van zingeving ... als in ons land het geval is” en “... veel behandelaars [kiezen] vandaag de dag voor een benadering waarin psychiatrie en zingeving/religie van elkaar worden gescheiden.” Als reden voert hij aan: “Vanouds hebben psychiaters ... weinig binding met religie en geloof” ... “De professie is gesecculariseerd en gedraagt zich daar ook naar.”

Bij Mooij (1992, p. 71) lezen we eveneens, dat lang niet iedereen vragen naar zin zal beschouwen als horend tot de psychiatrie. “Er zal eerder een neiging bestaan, vragen naar zin uit te bannen en op te vatten als niet behorend tot het terrein van de psychiatrie, in engere noch ruimere zin”.

Van Ree, psychiater, schrijft over de psychiatrie (2001, p. 64): “In de psychiatrie bestaat bij veel autochtone hulpverleners nog een sterk tekort aan filosofische en theologische scholing” en “bij de psychiater ... is er op het gebied van de voornaamste levensbeschouwingen meestal sprake van een groot kennistekort” (p. 58). Hij betreurt het, dat in de psychiatrische opleidingen nog steeds nauwelijks aandacht is voor zaken, die hij in de loop der jaren als belangrijk heeft aangegeven.

Pruyser (1992, p. 43) merkt op, dat, ondanks de belangrijke rol die velen toekennen aan religie in het leven van een mens, het “steeds weer ... in onze psychiatrische gevalsstudies ontbreekt aan helder verwoorde verwijzingen naar religie ... in het leven van onze patiënten”. Hij spreekt van een “verbazingwekkende lacune” in dit opzicht.

Gezien de opmerkingen van Glas, Mooij, Van Ree en Pruyser zal het niet verbazen, dat uit onderzoek blijkt, dat werkers in de GGZ zelden of nooit contact zoeken met een geestelijk verzorger. Doorverwijzing van een cliënt naar een geestelijk verzorger schijnt slechts in 1 % van de gevallen voor te komen (Pieper & Van Uden, 1998, p. 71).

Opvallend is, dat Sulmasy (2002, p. 27), tot vrijwel hetzelfde onderzoeksresultaat kwam in de Amerikaanse setting wat betreft artsen: minder dan 1 % van de artsen verwijst een patiënt, die worstelt met zingevingsvragen/spirituele thema’s door naar een geestelijk verzorger of enig andere professional in de zorg.

4.3.2. **Positieve berichtgeving uit het praktijkveld.**

We keren weer terug naar het verhaal van Doortje Kal. Zij vermeldt vervolgens, dat een aantal hulpverleners, onder wie ook psychiaters, bijval gaven aan de kritiek van patiënten op de benadering binnen de GGZ en zich ook keren tegen de ééndimensionaliteit van de huidige psy-

chiatrie. Ook elders in de literatuur vinden we positieve geluiden van psychiaters, die het belang inzien en willen dóen inzien van het ter sprake komen van levensbeschouwing en zingevingsvragen in de therapie:

Corveleyn (1998, p.13) spreekt over de noodzaak, om in het psychiatrisch handelen voldoende aandacht aan het religieuze facet te besteden. “Deze aandacht moet er zijn vanaf het begin van het contact van de patiënt met het psychiatrisch gebeuren.”

Van Ree (2001, p. 52) ziet het negeren van de levensbeschouwing bij problemen als *depressiviteit* en rouw als een ernstige tekortkoming, aangezien de hulpvrager in een dergelijke situatie *altijd* zingevingsvragen heeft. Hij pleit expliciet voor samenwerking tussen geestelijk verzorgers, psychotherapeuten/psychologen en psychiaters en doet een beroep op hun bereidheid om elkaars hulp in te roepen en eventueel een cliënt te verwijzen (p. 58-59). Ook acht hij het nodig om al bij de anamnese expliciet naar geloof en levensbeschouwing te vragen, om in te kunnen schatten óf en in hoeverre de levensbeschouwing met de gepresenteerde klachten verband zou kunnen houden. Het antwoord mag daarbij niet beperkt blijven tot het noemen van een naam. “Belangrijk is, om naar de belevingswijze en de eventuele praxis te vragen en vooral naar de betekenis die de levensbeschouwing volgens de hulpvrager in het algemeen voor hem of haar heeft en voor de aanmeldingsproblemen in het bijzonder” (p. 59).

Deze aanbeveling komen we bij nóg twee psychiaters tegen:

Glas (2001, p. 66) pleit er eveneens voor, om al in de anamnese aandacht te besteden aan de religie en levensbeschouwing van de psychiatrische patiënt.

Verhagen (2001, p. 96) stelt: “Toch zou ik er voor willen pleiten om het religieuze veld op te nemen onder de terreinen die we bij een globaal onderzoek gewend zijn te screenen. Op grond van de verkregen informatie kan dan nagegaan worden op welke terreinen nader ingegaan moet worden ... Daartoe behoort dan ook de religieuze anamnese.”

Met deze aanbeveling spreken de vier schrijvers ook namens 65 % van de respondenten uit een onderzoek van Pieper & van Uden onder enkele honderden patiënten van de psychiatrische kliniek van Gogh te Venray (Pieper & van Uden, 2000). Maar liefst 65 % van de respondenten oordeelde het als belangrijk en nodig, dat tijdens de intake of aan het begin van de opname al gevraagd wordt naar de levensbeschouwelijke- en geloofsachtergrond.

Ook een tweede uitkomst van dit onderzoek pleit voor de bovengenoemde aanbeveling: voor maar liefst 54 % van de respondenten had het geloof of de levensbeschouwing een positieve invloed op de psychische problematiek, voor 16 % een negatieve.

Bij een zelfde onderzoek onder 118 patiënten van het Gereformeerd Psychiatrisch Ziekenhuis ‘De fontein’ te Bosch en Duin, in 2000, (Pieper & Van Uden, 2003, p. 44) werd exact dezelfde uitkomst gevonden.

Al met al betekent dit onderzoeksresultaat van Pieper & van Uden, dat voor 70 % van de ondervraagde patiënten geldt, dat levensbeschouwing (geloof) een rol speelt bij (het verdragen en/of verwerken van) de problematiek, hetzij een positieve, hetzij een negatieve rol.

Sisselaar (2003, p. 30) meldt, dat in het eerder genoemde Amsterdamse onderzoek zelfs 75 % van de cliënten (waaronder veel (ex) psychiatrische patiënten) steun ontleent aan zijn religie of levensbeschouwing bij het omgaan met zijn problemen.

Reden genoeg voor een psychiater, zou je denken, om zingevingsaspecten, levensbeschouwing en geloof bij de therapie te betrekken.

4.3.3. Theoretische bijdrage van Mooij, die een nadere verklaring biedt.

We zien uit de aangehaalde literatuurfragmenten, dat de wijze waarop psychiaters invulling geven aan hun professie enorm uiteen kan lopen. De patiënt zal, als twee uiterste mogelijkheden, door de één benaderd worden als ‘hele’ mens, met aandacht voor hem als individu;

door de ander zal een patiënt benaderd worden als ‘ziektegeval’, zonder enige aandacht voor wat hem innerlijk beweegt.

Kunnen we deze ‘dubbelheid’ slechts constateren, of kunnen we deze tweedeling ook begrijpen vanuit en plaatsen in een breder, theoretisch kader?

Bij Mooij (1992, p. 71-85) vinden we een nadere uitleg. Hij stelt dat we binnen de psychiatrie twee benaderingswijzen kunnen aantreffen.

De eerste is de ons bekende symptomatische benadering, door Mooij ook wel empiristische benaderingswijze genoemd: de klacht wordt herschreven als symptoom van een bijbehorend ziekteproces. Binnen het empiristisch perspectief wordt de vraag naar zin, zoals we ook eerder al zagen (4.2.2.), niet gesteld; sterker nog, er is binnen dit conceptuele kader alleen plaats voor dat, wat cognitief-wetenschappelijk, objectiveerbaar, reproduceerbaar vastgesteld kan worden. Liefst uitgedrukt in getallen, want alles moet meetbaar zijn en daardoor ‘onder controle’.

Het is echter ook mogelijk, aldus Mooij, om de vraag naar zin wél bij de psychiatrie te betrekken. Ook dán wordt de klacht *herschreven*, maar deze herschrijving vindt nu plaats binnen het zinregister. In de klacht ligt een (zin)vraag verborgen. Deze zin kan vervolgens gevonden worden in de context, het bredere verband.

Deze benadering staat bekend als de *hermeneutische* benadering. Zij werkt niet generaliserend, maar individualiserend. In het hermeneutisch perspectief gaat het om het vinden van innerlijke verbanden tussen handelingen en mogelijke achtergronden van deze mens (bijvoorbeeld zijn biografische gegevens). Desondanks gaat het steeds om de betekenis van het gedrag in een groter geheel. Men gaat er van uit, dat een mens niet zozeer zijn eigen behoeften wil bevredigen, maar van betekenis wil zijn voor de ander. Aangezien op dit vlak de zindimensie zichtbaar wordt, heeft men vanuit hermeneutisch perspectief vooral aandacht voor in het oog springende relaties met belangrijke anderen.

Mooij wijst in het bijzonder op het belang van de vroege jeugd, als dé fase, waarin de zindimensie tot bloei kan komen. Het open staan voor de vroegkinderlijke belevingswereld blijkt daarmee een begaanbare en *productieve* weg te zijn “voor een hernieuwde toegang tot vragen naar zin” (p. 82). Ook het lichaam wordt gezien als toegang tot zin, in plaats van als een manipuleerbaar object of ‘ding’, zoals in de biomedische benadering het geval is. Stroeken (1999, p. 32-33) onderschrijft deze zienswijze.

Binnen de psychiatrie zijn dus twee wegen te onderkennen:

Een, die de toegang tot zin blokkeert, en een andere, die de toegang tot zin juist ontsluit.

De psychiatrie blijkt dus twee gezichten te hebben. Mooij spreekt van een “Januskop”. Hiermee weerspiegelt de psychiatrie de “wetenschap in het algemeen” (p. 74); hiermee toont ze, *binnen één discipline*, “het aloude dualisme in de wetenschapstheorie tussen natuurwetenschappen en cultuur- of geesteswetenschappen” (p. 74).

Momenteel kunnen we een suprematie constateren van de empiristische benadering. Dit betekent, dat de aandacht voor zin(gevingsvragen) verkommt, aldus Mooij, terwijl juist een groot deel van de klachten van de patiënten behoort tot de ‘vage’ klachten, die mogelijk voort komen uit een “gebrek aan zin”. Hij noemt de volgende voorbeelden: zijn plaats in het leven niet weten, niet kunnen genieten, de eigen waarde niet kennen en geen diepergaande relaties kunnen aangaan (p. 79). ((zingevings)vragen van deze aard kwamen we ook tegen in 3.4.6.). Mooij stelt, dat het niet op de weg ligt van de psychiater, om *inhoudelijk* antwoord op de vraag naar zin te geven. Wat hij wél kan doen, is “attenderen op mogelijke blokkeringen, die het stellen van de zinvraag bemoeilijken of beletten, en op de mogelijke gevolgen daarvan”. Sterker nog, dit rekt Mooij tot de taak van de psychiater (p. 83).

Zelf acht hij het, gezien de strijdigheid tussen de beide benaderingen binnen de psychiatrie, niet waarschijnlijk dat het komt tot een harmonie, waarbij beide benaderingen elkaar aanvullen.

De patiënt moet dus geholpen worden om weer *zin* in zijn leven te ervaren. Maar in de praktijk blijkt lang niet elke psychiater genegen te zijn, om op zingeingsvragen, geloof en levensbeschouwing in te gaan. Is daarmee dan het laatste woord gezegd?

4.3.4. Toelichting op de verdere opbouw en inhoud van 4.3.

We hebben nu gevonden, dat in de psychiatrie vooral twee standpunten ingenomen kunnen worden: enerzijds het hermeneutische standpunt, anderzijds het empiristische standpunt.

Hierboven geeft Mooij aan, dat het *niet* bij de taak van de psychiater hoort, om *inhoudelijk* antwoord te geven op zinvragen. Wél ziet hij het als de taak van de psychiater, om te attenderen op mogelijke blokkeringen, die het stellen van de vraag naar zin bemoeilijken (dus deze te helpen *opsporen* en *bewust* maken, M.H.).

In de visie van Mooij is het dus gewenst, dat de psychiater over psychotherapeutische vaardigheden beschikt. We zullen zien, dat ook in 4.3.7. wordt gepleit voor het schenken van aandacht door de psychiater aan de geloofsvragen en religieuze overtuigingen van zijn patiënten. De vraag kan al snel rijzen: Gaat de psychiater zijn boekje dan niet te buiten? Mag hij zich met zingeingsvragen en levensbeschouwelijke en/of geloofsproblematiek bezig houden en zo ja, vanuit welk perspectief en tot welke (eventuele) grens?

Hiermee raken wij aan het onderscheid tussen de taak en bevoegdheid van de psychotherapeut enerzijds en die van de geestelijk verzorger anderzijds.

In 4.3.5. wordt met behulp van Mooren (1988; 1989) en Zock (2007) de vraag beantwoord naar het onderscheid in werkterrein en competentie tussen enerzijds de psychotherapeut en anderzijds de geestelijk verzorger.

In 4.3.6. wordt een in het oog springende ontwikkelingslijn in de psychiatrie vanaf ca. 1955 tot heden geschetst en de plaats van zingeving(sproblematiek) daarbinnen.

In 4.3.7. wordt de hermeneutische benadering in de psychiatrie concreter in beeld gebracht. Hiertoe geef ik een aantal passages van diverse auteurs weer, waaruit duidelijk moge worden waar het een psychiater om gaat, als hij zijn patiënt vanuit een hermeneutisch perspectief benadert. Ik doe dit aan de hand van een viertal, daar te vermelden, vragen.

In 4.3.8. staat de vraag centraal, welke argumenten worden aangedragen, die er voor pleiten om religie/geloof en levensbeschouwing *niet als vanzelfsprekend* een vaste plaats in de psychiatrie te geven. Hier komt dus het verband aan de orde tussen het empiristische standpunt en zingeving.

Op basis van wat we nu reeds weten, zouden we daar al een antwoord op kunnen geven: er is per definitie geen verband. Men 'doet er niet aan'. Desalniettemin is het interessant om na te gaan, of argumenten voor deze stellingname te vinden zijn en zo ja, welke.

Deze argumenten kunnen we vervolgens gebruiken, om in te schatten of tussen beide psychiatrische richtingen misschien toch verbanden kunnen worden gelegd.

Ondanks de scepsis, die Mooij uitspreekt t.a.v. een harmonie tussen beide psychiatrische richtingen, wil ik, op basis van de literatuur, trachten na te gaan of er toch niet een mogelijkheid gloort om de tegenstellingen tussen beide 'richtingen' te overbruggen, of, als dit te optimistisch mocht zijn, of we vanuit het hermeneutisch perspectief de tegenstelling wat kunnen ver-

kleinen. Dit, gezien het grote (menselijke) belang dat er mee gemoeid is voor zo vele, huidige en toekomstige, psychiatrische patiënten. Hier kom ik dan op terug in mijn aanbevelingen.

Om de vraag in 4.3.8. te kunnen beantwoorden, maak ik gebruik van het artikel van Van Belzen (1998, p. 22-43), die voor deze optie argumenten aandraagt.

Van Belzen zelf is geen psychiater. Hij is gepromoveerd in de sociale wetenschappen, de wijsbegeerte en de godsdienstwetenschappen en is momenteel hoogleraar godsdienstpsychologie, met als onderwijsthema voornamelijk cultuurpsychologie van de religie. Als cultuurpsycholoog benadert hij religie vooral als cultuurverschijnsel.

Andere literatuur om informatie te verkrijgen over dit onderwerp heb ik niet kunnen vinden.

In 4.3.9. volgen enkele afsluitende opmerkingen ten aanzien van in het oog springende misvattingen en mogelijke knelpunten tussen beide psychiatrische richtingen.

4.3.5. **Het onderscheid in werkterrein, taak en competentie tussen enerzijds de psychotherapeut en anderzijds de geestelijk verzorger.**

In deze paragraaf ga ik in op drie onderwerpen:

1. De gerichtheid, taak en competentie van de psychotherapeut.
2. De gerichtheid, taak en competentie van de geestelijk verzorger.
3. Criteria voor psychisch gezonde godsdienstigheid.

4.3.5.1. Gerichtheid, taak en competentie van de psychotherapeut.

Om zingevingsvragen beroepsmatig verantwoord een plaats te kunnen geven in de therapie moet de psychotherapeut weten, vanuit welk perspectief hij er aandacht aan mag besteden. Mooren (1989, p. 29-44) geeft aan, dat psychotherapie en geestelijke verzorging gedeeltelijk een gemeenschappelijk werkterrein hebben, maar dat het perspectief van waaruit naar het object/ het probleem gekeken wordt, verschilt. Het betreft hier het gericht zijn op het psychisch respectievelijk het geestelijk functioneren van een mens.

Hij citeert Ten Have, die het psychische aanduidt als “hetgeen er in ons gebeurt bij het waarnemen, voorstellen, denken, kennen, voelen, streven, willen en andere functies” (p. 57). Deze psychische functies noemt Mooren (1988, p. 36) psychische *vermogens*, vermogens die de cliënt in staat stellen om op een voor hem bevredigende wijze “twee nauw met elkaar verweven taken te volbrengen”, namelijk:

- 1) zich aanpassen aan zijn leefwereld,
- 2) vorm geven aan zijn leefwereld en zijn eigen leven.

Psychotherapie richt zich nu in principe “op het herstel van psychische vermogens” (p. 37). Hij vat een en ander als volgt samen: “De gerichtheid van psychotherapeuten kenmerkt zich primair door aandacht voor het onvermogen – in termen van psychisch functioneren – van de cliënt, met als doel het herstel van diens vermogen (waar mogelijk) tot bevredigende vormgeving aan het eigen leven. In de begeleiding treedt de cliënt naar voren als een psychisch (dys)functionerend wezen” (1989, p. 58).

Zingeving is ook zo’n psychisch vermogen.

De therapeut heeft, als het om zingeving gaat, een beperkte maar belangrijke taak: dit vermogen tot zingeving “te herstellen en aan te wenden in het therapeutische proces” (1988, p. 37).

Aangezien zingeving een *psychische activiteit* is, kan de therapeut er niet om heen, zich met de zingevingsvragen van de cliënt bezig te houden (p. 35).

Nu kan het *proces* van zingeving echter niet in strikte zin gescheiden worden van de *inhoud* van de levensbeschouwing. “Er bestaat ... geen zingeving zonder levensbeschouwing” (p. 35). Echter: “Het is niet de taak van therapeuten om hun cliënten van hun geloof af te helpen. Ook niet om ze een bepaald geloof bij te brengen of ze ervoor te behouden”. Het gaat de therapeut om de vraag, *of het vermogen tot zingeving optimaal is ingeschakeld in een gezond psychisch functioneren* van de cliënt (p. 37).

Hoewel niet te scheiden, onderscheidt Mooren zingeving als psychische activiteit van levensbeschouwing als *gestalte van zin* (p. 36). “Bij deze gerichtheid op het herstel van het vermogen tot zingeving is de inhoud van de levensbeschouwing als gestalte van zin niet van primair belang” (p. 37).

Hoe gaat de psychotherapeut nu te werk?

De psychotherapeut tracht zicht te krijgen op vragen als: Welke invloed hebben het zingevingskader en de levensbeschouwelijke overtuigingen op het psychisch functioneren van de cliënt, d.w.z. op zijn vermogen zich aan te passen aan zijn leefmilieu en zijn vermogen, zijn leven vorm te geven? In hoeverre staan zijn levensvisie, waardensysteem en zingevingskader het gezond functioneren van denken, voelen en willen/handelen in de weg?

Met behulp van het verhaal, de klachten, de (ook levensbeschouwelijk gekleurde) informatie, het gedrag, e.d. van de cliënt, kan de therapeut zich een beeld vormen van de wijze waarop het denken, het handelen en het ervaren (voelen) van de cliënt is geconditioneerd, van de intrapsychische conflicten die daarvan het gevolg zijn en van de leefsfeer van de cliënt in het verleden en heden (p. 37).

Hoe kunnen we nu de deskundigheid van de psychotherapeut samenvatten? Deze deskundigheid omvat twee elementen:

a.: *kennis van zaken* en b.: *de vaardigheid om methodisch te handelen* (p. 43).

Ad a.: Wat betreft het element ‘kennis van zaken’ onderscheidt Mooren twee niveaus:

- In de eerste plaats is “kennis van de psychologie der levensbeschouwingen en de zingeving onmisbaar” (p. 43). Dit houdt in, dat de therapeut *doordrongen* moet zijn van “de onontkoombaarheid van zingeving en van de betekenis van zingeving en levensbeschouwing voor het psychisch functioneren” (p. 44). Een psychotherapeut let dus op:
 - de betekenis van zingevingskaders voor het interpreteren en verwerken van ervaringen;
 - de wijze waarop zingeving bijdraagt aan integratie, aan coherentie in denken, ervaren (voelen) en handelen;
 - de betekenis van zingeving voor de intentionaliteit;
 - de relatie tussen motivatie en zingeving.
- In de tweede plaats is “meer specifieke kennis van *religieuze (levensbeschouwelijke) psychopathologie* van belang” (p. 44). Dit stelt de psychotherapeut in staat, om levensbeschouwelijke aspecten van de problematiek van de cliënt te onderkennen en ook de invloed ervan op zijn manier van zingeving.

Ad b.: Wat betreft het tweede element van deskundigheid, namelijk de vaardigheid om methodisch te handelen, merkt Mooren op, dat het nodig is dat de therapeut, terwijl hij

gericht blijft op de *functionaliteit* van de manier van zingeving van de cliënt, zich begeeft in diens taalveld. Daarbij moeten de zingevingnoties van de cliënt niet herleid (geïnterpreteerd, M.H.) worden *tot iets anders* (p. 44).

De meest geschikte methode om zingevingsthematiek *als zingevingsthematiek* te bespreken, is volgens Mooren (naast de cognitieve benaderingen) de cliëntgerichte gespreksvoering (p. 44). We zien, dat Mooren in de psychotherapie een belangrijke plaats toekent aan zingeving(sproblematiek). Ook wijst er op, dat een therapeutische relatie in de eerste plaats een *menselijke* relatie is. Deze kwaliteit van menselijkheid is essentieel in therapie (p. 42).

Als hij vervolgens stelt, dat de psychotherapeut ook kennis moet hebben van *religieuze* psychopathologie, om levensbeschouwelijke aspecten in de problematiek van de cliënt te kunnen onderkennen, zien we hoezeer zijn professie raakvlakken heeft met die van de geestelijk verzorger.

Zijn perspectief blijft echter het *psychisch* gezond functioneren van de cliënt. Wel is hij door zijn kennis en vaardigheid in staat om in te schatten, wanneer hij zijn cliënt dient door te verwijzen naar een geestelijke verzorger.

4.3.5.2. Gerichtheid, taak en competentie van de geestelijk verzorger.

Bij de beantwoording van de vraag, wat nu het eigene is van geestelijke verzorging in de zorgketen, volg ik Zock (2007) en Mooren (1989) in hun uiteenzetting.

Mooren (p. 80-81) definieert geestelijke verzorging als volgt:

“Geestelijke verzorging richt zich op het begeleiden van mensen met levensvragen en -problemen, welke worden benaderd vanuit en geplaatst in de levensbeschouwelijke kaders van cliënt en begeleider; het omgaan met die vragen in de begeleiding is gericht op het ondersteunen en bevorderen van het geestelijk functioneren van de cliënt; het professionele handelen wordt deels geïnspireerd door noties uit het zingevingskader van de geestelijk verzorger, deels (in methodisch opzicht) ontleend aan psychotherapeutische referentiekaders.”

In geestelijke verzorging gaat het dus primair om het ondersteunen en bevorderen van het *geestelijk* functioneren van de cliënt.

Nu heeft geestelijk functioneren, aldus Zock (p. 17) “te maken met de existentiële dimensie van menselijke ervaring”. (Zock onderscheidt *binnen* deze existentiële dimensie ook een spirituele/ transcendentale dimensie, M.H.). In deze dimensie komen zingevingsvragen naar voren.

In de definitie van Mooren lezen we, dat de geestelijk verzorger zich richt op het begeleiden van mensen met levensvragen en levensproblemen; mensen dus, die aan zingeving doen.

Zock nu ziet de zorg voor zingeving als het *eigen* domein van de geestelijk verzorger (p. 15). De geestelijk verzorger is als het ware een ‘zingevingdeskundige’ geworden (p. 9).

Uitspraken van levensbeschouwelijke aard zijn de uitdrukking van de wijze, waarop het individu de betekenis van zijn mens-zijn en zijn plaats in de kosmos ziet en in het licht waarvan hij zijn existentie vorm geeft. In geestelijke verzorging staat de gerichtheid centraal op deze “totaliteit van het menselijk bestaan” (Mooren, p. 36).

Zock (p. 13) zegt het zo: “De geestelijk verzorger concentreert zich op de vraag hoe levensbeschouwelijke inhouden (religieuze en niet-religieuze overtuigingen, waarden en idealen) persoonlijke betekenis krijgen in het leven van mensen. Het gaat om de wisselwerking tussen levensbeschouwelijke inhoud en psychische betekenisgeving”.

De geestelijk verzorger werkt hierbij vanuit een op de persoon gerichte, *holistische* benadering en legt de nadruk op de existentiële dimensie van zingeving (p. 19).

Hoe gaat de geestelijk verzorger nu te werk?

In zijn begeleiding gaat hij *uit* van de verschillende verhalen, die de cliënt vertelt over hoe hij zijn leven beleeft en betekenis geeft. Hij let daarbij ook op de wijze waarop deze betekenisgeving doorwerkt in het psychisch functioneren van de cliënt (Zock, p. 25). Er vindt dus een vertaalslag plaats van inhoud naar psychische betekenis.

Zock (p. 26) zegt hierover het volgende: Voor een adequate vertaalslag van inhoud naar psychische betekenis is het noodzakelijk “dat geestelijk verzorgers zowel hermeneutische als psychologische competenties ... hebben. Zij moeten enerzijds kennis hebben van religieuze en levensbeschouwelijke zingevingsystemen en in staat zijn tot filosofische en ethische reflectie op waarden. ... Anderzijds dienen zij psychologisch geschoold te zijn om de interactie tussen levensbeschouwelijke inhouden en psychologische processen te begrijpen. In deze dubbele competentie ligt de eigen bijdrage van de geestelijke verzorging aan de zorg.”

Deze dubbele competentie laat opnieuw zien, hoe nauw het werkterrein van geestelijk verzorger en psychotherapeut aan elkaar verwant zijn. Uit de definitie van Mooren bleek al, dat geestelijk verzorgers óók gebruik maken van psychotherapeutische referentiekaders. In een onderzoek onder geestelijk verzorgers bleek dit voor 100 % bevestigd te worden (Mooren, p. 31).

Afsluitend kunnen we zeggen, dat de specifieke expertise van de geestelijk verzorger bestaat uit het omgaan met het levensverhaal *vanuit levensbeschouwelijk perspectief*, met specifiek aandacht voor de existentiële dimensie van zingeving (Zock, p. 26, 27).

Dit maakt, dat de geestelijk verzorger de enige zorgprofessional is die *exclusief* insteekt bij het levensverhaal, zoals dit beleefd en verteld wordt door de cliënt (p. 27).

Aangezien psychisch welbevinden (het terrein van de psychotherapeut) en geestelijk welbevinden (het terrein van de geestelijk verzorger) onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en elkaar wederzijds beïnvloeden, pleit Zock ervoor, dat beide professionals samenwerken, in het belang van het welzijn van hulpbehoevenden (p. 27).

4.3.5.3. Criteria voor een psychisch gezonde godsdienstigheid.

We zagen, dat Mooren er van uitgaat, dat de psychotherapeut ook aandacht heeft voor het levensbeschouwelijk en religieus denken van de cliënt, aangezien de levensvisie, het waardensysteem en het zingevingskader van de cliënt het gezond functioneren van denken, voelen en willen/handelen in de weg kunnen staan.

Nu worden in de literatuur door meerdere auteurs criteria genoemd, waaraan een levensbeschouwing (i.c. godsdienstigheid) moet voldoen om als ‘houdbaar’ (gezond) aangemerkt te kunnen worden. Zo vinden we informatie over dit thema bij Vincent Brümmer (1995, 4^e dr., p. 147-149). Mooren (1989, p. 36-38) baseert zich eveneens op Brümmer, maar plaatst nog een extra kanttekening.

Het lijkt me zinvol, ter afsluiting van de vraag welke competenties de psychotherapeut heeft wat betreft het aandacht schenken aan geloofsvragen en religieuze overtuigingen van zijn cliënt, om via deze criteria opnieuw het perspectief te laten zien van waaruit de psychotherapeut de religie van zijn cliënt kan benaderen en benutten.

Hierbij beperk ik me tot de criteria die Fraas (1990) onderscheidt, wil het gaan om psychisch gezonde godsdienstigheid.

Van der Lans (2006, p. 118-119) citeert dit zevental criteria “waaraan volgens Fraas godsdienstigheid moet beantwoorden om haar te kunnen kwalificeren als psychisch gezond”.

Godsdienstigheid zou bijdragen tot pathologie als deze (zeven) voorwaarden ontbreken.

Van der Lans vermeldt deze criteria ten behoeve van “de discussie over de aandacht die bij psychologische hulpverlening aan de religiositeit van de cliënt moet worden besteed.”

De criteria zijn volgens Fraas de volgende:

1. Er mag geen onoverbrugbare tegenstelling bestaan tussen het religieuze en het algemeen heersende wereldbeeld.
2. Men moet in verbinding willen staan met de centrale elementen van de traditie, zodat een privatisering van het religieuze die niet meer communiceerbaar is, wordt uitgesloten.
3. Tolerantie ten opzichte van pluriformiteit van geloofsvormen.
4. De religieuze attitude moet in het dagelijkse leven blijken en een bijdrage leveren aan de oplossing van werkelijke conflicten.
5. In staat zijn tot symbolisering in geloofstaal, respectievelijk tot het herformuleren van psychische conflicten in het licht van het gelovige betekenisstelsel.
6. Een realiteitscontrole waarbij de geloofsvisie als collectief model van conflictoplossing de grenzen van wat men als realiteit ziet, verlegt.
7. Het geloven moet een stabiliserende uitwerking hebben op het zelfbeleven en op partnerrelaties.

4.3.6. **Een ontwikkelingslijn in de psychiatrie vanaf ca. 1950 tot heden.**

We zagen eerder (4.2.2.1.1.; 4.3.1.; 4.3.3.), dat we momenteel kunnen spreken van een suprematie van de biomedische benadering in de psychiatrie.

Laten we in gedachten houden, dat deze status quo niet vanzelfsprekend is. Een en ander is zo gegroeid, zowel door het proces van secularisatie als door keuzes, die binnen het vakgebied zelf zijn gemaakt.

Ook Van Belzen (1998, p. 23) onderkent, dat aan het biomedisch te werk gaan “een doorgaans niet meer bereflecteerde keuze is vooraf gegaan”.

Uit een historisch overzicht, dat Corveleyn (1998, p. 13-16) ons biedt, blijkt dat er tijden zijn geweest waarin, ook in Nederland, de psychiater wel degelijk aandacht had voor levensbeschouwing, zingeving(svragen), geloof en spiritualiteit van zijn patiënt. Hij concludeert, dat de geschiedenis van de verhouding tussen psychiatrie en religie een *voortdurende* golfbeweging vertoont (p. 13).

Kijken we alleen naar de meer recente ontwikkeling in de psychiatrie, dan zien we dat in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw in de grote psychiatriehandboeken nog uitvoerig aandacht wordt besteed aan de mogelijke rol die religie speelt bij psychopathologie en bij psychisch welbevinden. Deze belangstelling in de psychiatrie voor psychische en geestelijke factoren blijkt in *de jaren tachtig* uit de handboeken verdwenen te zijn (p. 15, 16).

Deze tendens wordt bevestigd door Gijswijt-Hofstra & Oosterhuis (2001). Zij stellen, dat “vanaf de jaren tachtig de biologische psychiatrie haar opmars begon” (p. 167).

De schrijvers geven een mogelijke oorzaak aan van de kentering in de aandacht voor religie en innerlijke beleving van de patiënt: “Maar rond 1980 bleek, ... dat het optimistische, psychotherapeutische behandelklimaat minder had opgeleverd dan verwacht. Op een roerige periode volgde vanaf midden jaren tachtig een culturomslag op ... therapeutisch gebied. Een meer zakelijke, systematische en medische aanpak ging de boventoon voeren” (p. 173).

Van Praag (2001) geeft aan, dat psychiatrie een vak is, dat zich beweegt *tussen twee polen*, de pool van enerzijds het uniek-individuele en anderzijds het generaliseerbare in het menselijke gedrag.

Tot in de jaren vijftig was de psychiatrie “geheel in de ban van het particularisme en subjectivisme”. Centraal stond de wijze, waarop de patiënt zelf abnormale psychische verschijnselen beleefde. Iedere patiënt was uitsluitend een unicum (p. 43). Empirisch wetenschappelijk gezien beoordeelt hij de psychiatrie tot de jaren vijftig als “teleurstellend” (p. 43, 44). Tegelijkertijd voltrok zich in de jaren vijftig een revolutionaire psychofarmacologische ontwikkeling. Hierdoor had volgens Van Praag binnen de psychiatrie het (twee-sporig) evenwicht hersteld kunnen worden. De discipline zou dan niet alleen gericht zijn geweest op individuele, maar ook op generaliseerbare (dus trans-individuele) aspecten. Ze zou niet alleen gericht zijn geweest op psychische en geestelijke factoren, maar ook op biologische oorzaken. Het zou niet alleen een essayistisch vak, maar ook een empirische wetenschap zijn. Hoewel Van Praag hoopte en er ook voor pleit, dat de psychiatrie zich weer expliciet *twee-sporig* oriënteert, blijkt dit in de psychiatrische praktijk geen recht te worden gedaan: “De generaliseerbare aspecten hebben in de afgelopen twintig jaar [dus vanaf *begin jaren tachtig*, M.H.] voorrang gekregen, zeker in de officiële, academische psychiatrie” (p. 29, 30). Dit ging ten koste van het individuele domein, maar ook ten koste van de rol van de geestelijk verzorger bij de diagnostiek en de behandeling van psychiatrische patiënten (p. 30).

De schrijvers van alle voornoemde literatuurfragmenten zijn het er over eens, dat vanaf het *begin van de jaren tachtig* de aandacht in de psychiatrie voor de persoonlijke belevingswereld van de patiënt, en daarmee voor geloof, levensbeschouwing en zingevingsproblematiek, overwegend verdwenen is.

Waar dit toe leidde, beschrijft Zock (2001, p. 14) als volgt: In de psychiatrie kijkt men “naar de mens als naar een organisme dat in hoge mate door fysiologische wetten wordt bepaald. De behandeling is daar ook op gebaseerd: medicatie is het belangrijkste therapeutische instrument”.

Bij Glas lezen we al eerder, dat in bijna geen land ter wereld zingeving zo ver buiten de psychiatrie gehouden wordt als in ons land.

We hebben dus een keuze gemaakt. Zijn keuzes onomkeerbaar? Uiteraard niet, maar om op onze schreden terug te (willen) keren is wel een overtuigende argumentatie nodig.

Laten we kijken of die argumentatie in de literatuur voorhanden is.

4.3.7. Uitwerking van de hermeneutische benadering in de psychiatrie.

In deze paragraaf beogen we, met behulp van literatuurpassages van diverse auteurs, te verduidelijken, waar het de psychiater om gaat, als hij zijn patiënt vanuit een hermeneutisch perspectief benadert.

Om een concreet beeld te kunnen krijgen van de aandacht en plaats die levensbeschouwelijke en zingevingsproblematiek in deze benadering gegeven wordt en van de uitgangspunten, waarop deze aandacht en plaats gebaseerd zijn, zoeken we antwoord op de volgende vier vragen.

- 1). Welke argumenten/ bevindingen vormen de aanleiding om vanuit dit perspectief te werken met patiënten?
- 2). Wat is vanuit deze argumentatie/ bevindingen het belang er van, om levensbeschouwing, geloof en zingevingsproblematiek bij de psychiatrische anamnese en behandeling te betrekken?
- 3). Hoe worden geloof, levensbeschouwing en zingevingsvraagstukken gehanteerd door de hermeneutisch georiënteerde psychiater?
- 4). Wat beoogt men, zo werkend met de patiënt, te bereiken?

4.3.7.1. Welke argumenten en bevindingen vormen de aanleiding om vanuit hermeneutisch perspectief met patiënten te werken?

Een mijns inziens belangrijke passage vinden we bij Verhagen (2003, p.159), waar hij Barbour (1995) aanhaalt. Deze stelt, dat sociale, morele en existentiële aspecten inherent zijn aan ziekte.

Verhagen schrijft vervolgens: “Existentiële aspecten, al dan niet religieus, zijn niet los te maken van de biologische-psychologische ‘make-up’ van de persoon in kwestie”.

“Existentiële thema’s zijn ... niet alleen ... een bijkomend aspect van psychopathologie, maar ze zijn verweven met de symptoomformatie en beïnvloeden de psychopathologie, namelijk in de expressie ervan, in de wijze waarop symptomen en verschijnselen worden beleefd en in de verwijzing naar bestaansvragen of bestaansangsten, die in de beleving van tal van symptomen en verschijnselen besloten ligt. De kans is groot dat dit de hoog gespecialiseerde professional ontgaat”.

Verhagen rekent *het religieuze* en *het spirituele* juist tot het *primaire* referentiekader van de psychiater en psychotherapeut, aangezien het *wezenlijk* tot de ziekte of stoornis behoort.

Bij Glas (2001, p. 75, 85) vinden we ook enkele verduidelijkende passages. Hij stelt, dat psychiatrische problematiek tot zingevingsvragen leidt. Maar, zegt hij, “het omgekeerde kan ook: dat niet-opgeloste existentiële angst, schuld, schaamte en rouw, zich vertalen in fobie, depressie, dwang of aanpassingsstoornis”. Existentiële angst, schuld- en schaamtegevoelens en rouw wijzen stuk voor stuk op zingevingsproblemen. Als een geslaagde zingeving uitblijft, blijken deze psychische problemen te kunnen verergeren tot de genoemde stoornissen.

Beiden noemen ze ook expliciet de *religieuze* dimensie als punt van aandacht bij de anamnese. Glas: “De religieuze anamnese is niet slechts een sausje voor de liefhebber, maar vormt een substantieel deel van het werk van de psychiater en/of psychotherapeut” (p. 85).

Mooren (1988, p. 39 e.v.) onderscheidt twee categorieën in de manier waarop zingevingsproblematiek in de therapie naar voren kan komen. In dit verband gaat het met name om de eerste categorie: als *causale* factor met betrekking tot de pathologie. Ook Mooren stelt dus, dat zingevingsproblematiek een rol kan spelen in het ontstaan van de klachten van de patiënt. Tot deze categorie rekent hij “ook de problematiek waar Frankl op doelt, als hij zegt dat de frustratie van de wil tot zingeving de oorzaak kan zijn van een neurose” (p. 40).

Debats haalde, zoals we zagen, Maddi aan, die stelde, dat een *gebrek aan zinvolheid* leidt tot het ontbreken van een gevoel van welbevinden en tot vormen van *psychopathologie*.

Renate Tinselboer (1997, p. 9-17) gaat er van uit “dat miskende zingevingsproblematiek op termijn kan uitmonden in psychopathologische aandoeningen”...(p. 9). Eenzaamheid en depressie bleken (in haar onderzoek onder oudere weduwen) vaak te herleiden te zijn tot problemen met zingeving, ja, in een gebrek aan zingeving hun óorsprong te vinden.

Zij vermeldt een onderzoeksresultaat van Scholte (1991), dat interessant is: Eerder was al aangetoond, dat het optreden van meerdere, ingrijpende levensgebeurtenissen een belangrijke factor is voor het ontstaan van een depressie. Scholte nu concludeert, dat het *niét* deze levensgebeurtenissen *op zich* zijn, die tot problemen leiden, maar het feit dat men geen kans ziet om aan deze gebeurtenissen *een zin* te verlenen. (p. 11-12).

Door een gebrek aan zinvinning verdwijnt het gevoel van psychisch welbevinden, wat op den duur tot depressie kan leiden of tot andere vormen van psychopathologie.

De aanbeveling van Van Uden & Pieper (2001, p.109) sluit, in omgekeerde richting, bij dit gegeven aan: “Als mensen gedesintegreerd en gedesoriënteerd zijn als gevolg van ziekte of andersoortige trauma’s, is het voor het herstel van het psychisch welbevinden nodig, dat opnieuw de zin van het bestaan ervaren wordt.” Hieruit volgt, dat deze mensen *geholpen* moeten worden bij het opnieuw vinden en ervaren van zin.

In dit verband is nog een onderzoeksresultaat verhelderend. Chamberlain & Zika (1992, p. 142) onderzochten bij groepen gelovigen van twee verschillende nominaties de relatie tussen religiositeit en welzijn, tussen zingeving en welzijn, en tussen religiositeit, zingeving en welzijn samen. Religie bleek bij deze groeperingen gerelateerd aan welzijn. Zingeving bleek stérk gerelateerd aan welzijn. Als echter zowel religie als zingeving worden meegenomen in een onderzoek naar welzijn, blijkt het zich welbevinden van een mens niet zozeer bepaald te worden door religie, maar door een geslaagde zingeving! Religie levert, als *bron* van zingeving, *indirect* een bijdrage aan iemands psychisch welbevinden.

Uit bovenstaande literatuurpassages blijkt het belang van zingeving en zinvinning voor de psychische gezondheid van een mens, aangezien een geslaagde zingeving leidt tot het zich psychisch welbevinden. Gebrek aan zinvinning leidt, zoals we inmiddels bij *vele* auteurs lezen, op den duur tot psychische en/of psychiatrische problematiek.

Nu duidelijk is geworden, dat zingevingproblematiek vaak ten grondslag ligt aan psychische en /of psychiatrische klachten en bovendien met deze klachten verweven blijkt te zijn, is tevens het antwoord gegeven op onze eerste vraag.

4.3.7.2. Het belang van het betrekken van levensbeschouwing, geloof en zingevingproblematiek bij de psychiatrische anamnese.

De hermeneutisch georiënteerde psychiater zal vervolgens inzicht willen krijgen in de aard van deze zingevingproblematiek. Ook zal hij zicht willen krijgen op de persoonlijkheidsstructuur van zijn patiënt en diens psychisch functioneren.

Om hier zicht op te krijgen dient de psychiater “de psychische werkelijkheid te exploreren en, waar nodig, te saneren” (Van Belzen, 1998, p. 34).

Hoe doe je dat nu, de psychische werkelijkheid “exploreren”? Wel, de levensbeschouwing en bij uitstek het religieuze domein blijkt een rijke bron te zijn voor de hulpverlener om antwoord te kunnen krijgen op bovengenoemde vragen.

Scott Richards & Bergin (1997) raden aan, om in de anamnese aandacht te besteden aan religie en levensbeschouwing. Het doel hiervan is onder meer om een beter begrip te krijgen van de leefwereld van de patiënt (zijn “psychische werkelijkheid”) en om in te kunnen schatten, wat de invloed is van diens religieuze overtuigingen op de psychiatrische problematiek.

Pruyser (1992, p. 43) haalt Woollcott aan, die “ook aantoonde dat er interessante psychiatrische gegevens boven kunnen komen als men over godsdienst doorvraagt”.

Zelf beschrijft Pruyser een reeks syndromen van religieuze psychopathologie, om praktiserende klinici ervan te “overtuigen dat zij daarmee vertrouwd moeten zijn om tot een juiste diagnostische formulering te komen, ongeacht of ze zelf godsdienstige belangstelling hebben” (p. 55-56).

Uleijn (1988, p. 85) omschrijft het als volgt: “Iemands creatieve fantasieleven, met inbegrip van de religieuze voorstellingswereld, niet exploreren betekent een rijke, diagnostische mogelijkheid ongebruikt laten liggen en een toegangsweg afsluiten die onvermoede perspectieven kan openen op de persoonlijkheidsstructuur en de psychodynamiek”.

Ook Van Uden (1988, p. 32) benadrukt de waarde van de religieuze exploratie als diagnostisch middel: ...“wij willen aantonen, ...dat de wijze waarop het individu aan zijn religiositeit gestalte geeft, een afspiegeling vormt van zijn persoonlijkheid, een afspiegeling die als zodanig vaak een betere diagnostische ingang tot de persoonlijkheid vormt dan de traditioneel in psychodiagnostiek gehanteerde ingangen”. Op p. 43 lezen we: “De rijkdom van het religieuze materiaal levert ons inziens ... een dermate goede ingang tot de persoonlijkheid, dat men de individuele religiositeit met Draper et al. (1965) zou kunnen kwalificeren als ‘another royal

road to the unconscious'; ... Aldus wordt een grondige analyse van iemands religiositeit tot een diagnostisch hulpmiddel”.

Over religie schrijft Van Uden: “Religie staat niet los van de persoon: zij functioneert niet als een onafhankelijke factor. De persoonlijkheid weerspiegelt zich in de religie.”

“De mens kiest als het ware uit de religieuze traditie datgene wat bij hem of haar het beste aansluit” (p. 7)

Corveleyn (1998, p. 16-19) acht het nodig om bij alle patiënten expliciet en uitnodigend het levensbeschouwelijke en het religieuze te activeren. Waarom deze aandacht ook bij ‘a-religieuze’ mensen? “Aangezien religieuze betekenaars integraal tot onze westerse cultuur behoren” (p. 19).

Welke consequenties heeft dat dan? “Daardoor kunnen zij [religieuze betekenaars] toch enige invloed uitoefenen op het zelfbeleven en op de sociale perceptie van deze groep patiënten.”

Eerder vestigde Verhagen er de aandacht op, dat existentiële aspecten, die ook religieus van aard kunnen zijn, verweven zijn met de psychopathologie.

Van Ree noemde expliciet het belang van het achterhalen van de wijze waarop de levensbeschouwing / het geloof beleefd wordt.

Uit de literatuur mogen we opmaken, dat het religieuze domein diagnostische perspectieven biedt op de gehele persoon en zijn psychodynamiek, perspectieven waar de behandelaar juist zicht op wil hebben. Hiermee hebben we antwoord gevonden op onze tweede vraag.

4.3.7.3. Hoe worden geloof, levensbeschouwing en zingevingsvragen gehanteerd door de hermeneutisch georiënteerde psychiater?

Hoe gaat de psychiater in zijn exploratie nu met religie en levensbeschouwing (en daarmee zingevingsvragen) om; welke plaats krijgen deze vragen van de patiënt ?

Ten aanzien van deze vraag kan gemakkelijk verwarring ontstaan.

Wanneer de psychiater zo expliciet op zoek gaat naar het religieuze, houdt hij zich dan niet te veel met de geloofs*inhoud* bezig? Begeeft hij zich dan niet op het terrein van de geestelijk verzorger? Dat zou, om met Van Belzen (1998, p. 34) te spreken, een beroepsfout zijn.

Maar dit is niet het geval. In het psychiatrische gesprek gaat het niet om de geloofs*inhoud op zich*. Het is zeker niet de bedoeling om een inhoudelijke discussie of een geloofsgesprek te voeren met de patiënt. Het ligt niet op de weg van de psychiater om *inhoudelijk* antwoord te geven op de vraag naar zin (o.a. Mooij, 1992, p. 83).

Wat kan de psychiater dan wél doen met het religieuze verhaal van zijn patiënt?

Van Uden schreef al, dat het gaat om een grondige *analyse* van de religiositeit van de patiënt. Er wordt verder gekeken dan de inhoud ‘an sich’. Mooij gaf eveneens al aan, dat de klacht van de patiënt, óók vanuit hermeneutisch perspectief, *herschreven* wordt, maar nu binnen het zinregister.

Hoe ziet zo’n analyse er dan mogelijk uit? Wel, laat de patiënt vertellen over zijn geloof en ga na, welke invloed het (gehad) heeft op zijn ontwikkeling, hoe hij er mee omgaat, welke betekenis het voor hem heeft: welke verwachting spreekt er uit, welke hoop leeft in hem, met welke vragen worstelt hij, waar loopt hij vast, waar is hij innerlijk onvrij, welke angst kan hij er al dan niet mee hanteren, staat zijn geloof een realistische kijk op zichzelf en de werkelijkheid toe, geeft het geloof hem de ruimte om zichzelf te kunnen zijn, lijken de ideeën die hij verkondigt, doorleefd te zijn, hoe ziet zijn godsbeeld eruit, welke gevoelens roept dit godsbeeld bij hem op (angst, onmacht, onzekerheid, of juist vertrouwen, hoop, troost, kracht...), welk zelfbeeld ontleent hij aan zijn geloof, welke rigidisering of blokkade wordt zichtbaar, hoe beïnvloedt zijn geloof zijn sociale leven, zijn omgang met anderen, met zichzelf, enzovoorts, enzovoorts.

Mag de psychiater de patiënt nu alleen maar aanhoren en niet op het gehoorde ingaan? In zoverre mag de psychiater mijns inziens ingaan op het geloof van de patiënt als nodig is om zich enerzijds een goed beeld te kunnen vormen van wat de patiënt aan zijn geloof beleeft en hoe het functioneert in zijn psychische werkelijkheid en anderzijds, om in te kunnen schatten óf en in hoeverre zijn interventies afdoende zijn om de geestelijke gezondheid belemmerende cognities en/of affecties te saneren.

Het staat hem ongetwijfeld vrij om zo nu en dan (kritische) vragen te stellen aan de patiënt, al was het alleen maar om te zien, hoe de patiënt met een dergelijke kritische vraag omgaat: blijft hij vasthouden aan een rigide opvatting, of is hij in staat relativerend naar zichzelf en bepaalde situaties te kijken, etc.

De integriteit van de psychiater zal maken, dat hij met zijn interventies ten aanzien van de geloofsinhoud zowel de gevoelens van de patiënt niet kwetst, als ook dat hij, zijn eigen grenzen als psychiater kennende, deze bewaakt.

Zoals we in 3.2. al zagen, concludeerden Battista & Almond dat vooral het *proces* van geloven belangrijk is voor het individu, om een gevoel van zinvolheid te kunnen ervaren, meer dan de *inhoud* van het geloof. In dit voetspoor beoordeelt de psychiater óf en in welk opzicht de manier waarop het geloof van de patiënt functioneert in diens psychische werkelijkheid, de geestelijke gezondheid en mogelijke zinvinding in de weg staat.

4.3.7.4. Wat beoogt de psychiater, zo werkend met de patiënt, te bereiken?

Hiermee zijn we toegekomen aan het beantwoorden van onze vierde vraag.

Als de psychiater de psychische werkelijkheid van zijn patiënt heeft geëxploreerd, dan is het vervolgens zijn taak, zoals we zagen bij Van Belzen, om deze, “waar nodig, te saneren”.

‘Saneren’ wil zeggen: gezond maken.

Uit onderzoek bleek, dat een geslaagde zingeving bepalend is voor een gevoel van psychisch welbevinden en dat het ontbreken van een geslaagde zingeving veelal leidt tot psychische en/of psychiatrische problematiek.

Logischerwijs zou hieruit geconcludeerd kunnen worden, dat het gezond maken (saneren) van het vermogen tot zingeving en het (opsporen en) opheffen van mogelijke blokkades, die een gezonde zingeving in de weg staan, de psychiater (mede) een zorg is.

Mooij (1992, p. 83) ligt, zoals we zagen in 4.3.3., op deze lijn. Hij is van mening dat “de psychiatrie in haar hermeneutische gedaante ... kan attenderen op mogelijke blokkeringen, die het stellen van de vraag naar zin bemoeilijken of beletten en op de gevolgen daarvan”. Dit rekent hij tot de taak van de psychiatrie.

Het attenderen op de gevolgen van blokkades, die zingeving in de weg staan, duidt op een poging tot *bewustmaking* van de patiënt van het hoe, wat en waarom van zijn eigen functioneren. Ik vermeld nog enkele bijdragen van twee andere auteurs, nl. Glas en Stroeken, die in dezelfde richting wijzen.

Glas (1998, p. 12) schrijft: “Juist door in te gaan op wat er in dit opzicht [qua geloofsvragen en existentiële vragen, M.H.] leeft, kan de patiënt opnieuw contact krijgen met ... wat werkelijk motiveert.” De psychiater is er, aldus Glas, niet voor om allerlei noden van de patiënt op te lossen en zijn verlangen in te vullen..., maar wél “om mensen weer in contact te brengen met de realiteit van hun bestaan, dat wil zeggen: met hun werkelijke noden en verlangens”.

Glas wil als psychiater de patiënt dus óók expliciet helpen om weer *in contact* te komen met zijn noden (de zingevingsproblematiek) en zijn verlangens en met dat wat motiveert. Glas heeft dus oog voor de cognitieve, de affectieve én de motivationele dimensie van het proces

van zinvinding, corresponderend met de mens als denkend, voelend en willend wezen. Dit vraagt waarschijnlijk om een niet al te kort durend therapeutisch proces.

Bij Mooij lezen we de passage: “Toch is het open staan voor de vroegkinderlijke belevingswereld ... een begaanbare en productieve weg voor een hernieuwde toegang tot vragen naar zin.” (p. 82). Ook deze woorden duiden op een proces waarin getracht wordt de patiënt weer in contact te brengen met zijn innerlijke belevingswereld en met in hem levende zinvragen. Waar lijkt het nu om te gaan, als de psychiater tot taak heeft de psychische werkelijkheid van zijn patiënt te helpen *saneren*?

Van cruciaal belang blijkt het te zijn, om de mens die vastgelopen is in psychische problematiek, weer in *contact* te helpen komen met *zichzelf*: met zijn eigen (ondergesneeuwde, niet doorleefde) gevoelens, zijn diepste verlangens, zijn idealen...

Als het de patiënt lukt om zich er weer van bewust te worden hoe hij zélf denkt over situaties/gegevenheden (het cognitieve aspect), om weer voeling te krijgen met met wat hij zélf hieraan beleeft (het affectieve aspect) en met wat hij zélf wil nastreven (het motivationele aspect), dan kan hij bezig gaan om een en ander op een voor hem bevredigende wijze vorm te geven. Hij ziet het weer ‘zitten’: zijn levenslust keert terug en met dit alles een gevoel van welbevinden. Hij heeft ‘er weer zin in’.

Eerder (2.1.2.) gaf ik aan, dat m.i. zingeving geduid kan worden als een geestelijke werkzaamheid van de mens en dat idealen en ‘diepste verlangens’ eveneens voortvloeien uit de werkzaamheid van de geestelijke dimensie in de mens (2.1.2.).

Nu blijkt, dat de therapeut (i.c. de hermeneutisch werkende psychiater) in feite dit *zingevend vermogen* van de patiënt weer wil activeren en hem in contact wil brengen met zijn diepste verlangens, zijn idealen, kun je ook zeggen, dat hij in feite nastreeft om de werkzaamheid van de geest in deze mens te ‘wekken’. Hij vraagt als het ware, dóór de psychische brij van emoties en gevoelens van de patiënt héén, aan hem: mens, wie ben je..., waar verlang je naar..., wat wil je hier doén...

Lukt het deze mens om in contact te komen met zichzelf, dan kan hij vervolgens varen op zijn innerlijk kompas en met behulp hiervan *zelfbewust* zijn eigen koers uitzetten (is zelfbewustzijn niet eveneens een geestelijk vermogen van de mens?). Als een mens weer *sinne* ervaart in zijn leven, kan hij zijn eigen richting (weer) bepalen. Nu hij (weer) op ‘eigen benen’ kan staan, ‘herovert’ hij weer (een stukje van) zijn eigen autonomie.

Het spreekt voor zich, dat de aard van de therapeutische relatie (respect, een warme omhulling, onvoorwaardelijke acceptatie, oprechte aandacht, etc.) een belangrijke, zo niet doorslaggevende rol speelt bij dit moeilijke proces van af durven dalen in je eigen ‘duisternis’: het je durven overgeven aan je verdriet, je wanhoop, je teleurstelling, je angst..., zonder te weten wat je in jezelf zult tegenkomen... Dit durft een mens alleen aan in een als veilig ervaren menselijke relatie.

Dit aspect laat ik hier verder buiten beschouwing. In 4.5.3. zal de therapeutische relatie opnieuw ter sprake komen.

4.3.8. **Argumenten, om geloof, levensbeschouwing en zingevingsvragen geen vanzelfsprekende plaats in de psychiatrie te geven.**

4.3.8.1. Inleiding

In eerste instantie heb ik gezocht naar een schriftelijke bijdrage van de hand van een psychiater, die werkt vanuit de *biomedische* zienswijze en van daaruit commentaar levert op de her-

meneutische benadering in de psychiatrie. Een dergelijke bijdrage kon ik echter niet vinden. Misschien is dit ook niet verwonderlijk, als we bedenken, dat een strikt biomedisch te werk gaande psychiater zich volstrekt niet met de vraag naar levensbeschouwing, religie en zingeving zal bezighouden. Hij ‘doet er niet aan’.

Bovenstaande vraag beantwoord ik met behulp van het artikel van Van Belzen: “Een verloren dimensie? Overwegingen aan het eind van een eeuw psychiatrie en religie” (1998, p. 22-43). Van Belzen geeft in dit artikel commentaar op de uitgesproken wens van vooral veel (ex) psychiatrische patiënten (een wens, voortkomend uit onvrede over hun behandeling), om religie een vanzelfsprekende plaats toe te kennen binnen de psychiatrische hulpverlening. Het gaat in dit artikel dus om de vraag: hoort religie thuis in de psychiatrie?

Op zich sluit deze vraag goed aan bij 4.3.7., waarin de hermeneutische benadering aan bod kwam en de vraag naar de plaats van zingeving en levensbeschouwing hierbinnen zich toespitste op de vraag, in hoeverre *religieuze* vragen bij de therapie betrokken moeten worden.

Van Belzen schrijft vanuit het perspectief van de plaats die psychiatrie heeft gekregen in onze hedendaagse cultuur. Uit de citaten zal blijken, dat Van Belzen zelf niet op de *strikt* biomedische lijn ligt, maar desondanks krijgt de medisch-(natuur)wetenschappelijke benadering van de patiënt toch een vaste, centrale plaats toegewezen.

In 4.3.3. zagen we, dat Mooij twee tegenover elkaar staande richtingen onderkent in de psychiatrie: de biomedische versus de hermeneutische, die met elkaar ‘in strijd’ zijn.

Hoewel we met het artikel van Van Belzen m.i. niet meer kunnen spreken van een *strikt* biomedische benadering, denk ik, dat we nog voldoende redenen hebben om te spreken over een ‘richtingenstrijd’, maar dan met de iets ruimere benaming ‘niet-hermeneutische richting’ versus de hermeneutische richting. Hierbij is de ‘niet-hermeneutische’ richting dus iets breder dan de ‘strikt’ biomedische richting. Cruciaal punt van verschil in beide benaderingen blijft dan de keuze, om levensbeschouwing, geloof en zingevingsproblematiek *standaard* wél of niét bij de anamnese, diagnosestelling en behandeling van de patiënt te betrekken.

De reden om deze aspecten wél bij de anamnese en behandeling te betrekken is gelegen in het feit, dat zij vaak verweven blijken te zijn mét of zelfs in oorzakelijk verband blijken te staan tot de psychiatrische problematiek (zie 4.3.2., 4.3.7.1. en 4.3.7.2.).

Argumenten, om deze aspecten niét op voorhand al bij de psychiatrie te betrekken worden ons aangeleverd in het artikel van Van Belzen.

Hoewel Van Belzen zelf geen psychiater is, lijkt hij met zijn argumentatie zich in de positie van de niet-hermeneutisch werkende psychiater te verplaatsen en diens standpunten te verwoorden. Opvattingen, die uit zijn artikel naar voren komen, beschouw ik daarom tegelijkertijd als zijnde de opvattingen van de niet-hermeneutische psychiater.

Zelf sta ik niet ‘neutraal’ ten opzichte van beide ‘richtingen’. Ik maak een normatieve keuze voor de hermeneutische richting, wat niet weg neemt, dat ik de materie zo objectief mogelijk tracht te benaderen.

Uit het artikel zijn zestien passages gekozen, waarin de opvatting van Van Belzen over de juiste verhouding tussen psychiatrie en religie naar voren komt.

Hoewel dit veel passages zijn, die elkaar bovendien deels overlappen, citeer ik ze alle zestien. Door steeds weer opnieuw, in vaak net weer andere bewoordingen, opmerkingen en reacties te lezen, krijgen we een zo helder mogelijk beeld van de argumentatie, waarom iemand zich op een bepaald standpunt stelt en van zijn beweegredenen daartoe.

Dit inzicht is nodig, om vervolgens onderling de dialoog aan te kunnen gaan.

4.3.8.2. De citaten.

- 1) “Maar over het geheel genomen is in onze samenleving een situatie ontstaan waarbij beide terreinen niets met elkaar te maken hebben, maar elkaar evenmin bijten. Bij ons geldt psychiatrie als een medisch-(natuur)wetenschappelijke benadering van geestesziekte, en religie als een articulatie en organisatie van de relatie tot God of godheden. ...” (p. 27).
- 2) Er kan “ten principale geen conflict tussen psychiatrie en religie zijn. Zij gaan over heel verschillende zaken (over geestesziekte, respectievelijk over heil), op heel verschillende wijze (vanuit een *Ich-Es*, respectievelijk vanuit een *Ich-Du* kenwijze)” (p. 28).
- 3) “In onze cultuur eenmaal onderscheiden, voegt religie aan een ... psychiatrisch perspectief niets toe” (p. 28).

Ad 1, 2 en 3.

- Van Belzen lijkt er van uit te gaan, dat er tussen psychiatrie en religie geen grensvlakken zijn, waar de terreinen elkaar mogelijk *overlappen*. Van mogelijke (causale) verbanden is dan evenmin sprake.

- Van Belzen lijkt in te kunnen stemmen met het feit, dat psychiatrie momenteel gezien wordt als een *medisch-(natuur)wetenschappelijk* vakgebied. Hierbij past de *biomedische* benaderingswijze. Dit is een ééndimensionale benadering, waarbij men gericht is op het zoeken naar en vinden van *biologische* oorzaken van de problematiek.

Ligt aan de opmerkingen in de eerste drie citaten de *vanzelfsprekende* aanname ten grondslag, dat de psychiatrie zich slechts bezig hoeft te houden met *biologische* oorzaken van de psychiatrische problematiek? In de medisch-(natuur)- wetenschappelijke visie spelen psychische, sociale en/of geestelijke factoren geen rol bij het ontstaan en het verloop van ‘geestesziekte’. Religie, thuis horend in de *geestelijke*/spirituele dimensie, heeft dan niets te maken met psychiatrie, waar alleen de biologische dimensie telt.

- Psychiatrie houdt zich bezig met *geestesziekte*, zegt Van Belzen. Wat verstaat de psychiater onder ‘geestesziekte’? Valt dat bij hem samen met ‘hersenziekte’? (psychiatrie is immers een *medisch-(natuur)wetenschappelijke* vakgebied).

Voldoet hier een term als ‘*geestesziekte*’ of lopen we hier al min of meer vast vanwege niet duidelijk gespecificeerde terminologie?

- Psychiatrie wordt bedreven vanuit een *Ich-Es* kenwijze, aldus Van Belzen. Deze is kenmerkend voor een natuurwetenschappelijke benadering, waarin de werkelijkheid *als object*, als een ‘het’ benaderd wordt en eventueel manipuleerbaar is (p. 24-25).

Vanuit de *Ich-Du* kenwijze wordt het gekende *als partner* benaderd, als vragend om interpretatie en “eventueel respect” (p. 25).

De psychiater zal dus, als we uitgaan van de zienswijze van Van Belzen, de hulpvragende, zieke mens (een deel van de werkelijkheid) als een ‘het’ benaderen, als een eventueel manipuleerbaar object. Een benadering, waarin wederkerigheid en respect ver te zoeken is.

Dit komt overeen met de klachten van veel (ex)psychiatrische patiënten. Ze voelen zich als méns niet ‘gezien’.

• De vraag bij deze citaten is m.i., wat Van Belzen nu precies onder ‘religie’ verstaat. Doelt hij op bepaalde, inhoudelijke aspecten, die inderdaad niet thuis horen in de psychiatrie of wil hij religie in al haar facetten weren uit de psychiatrie, dus ook het diagnostische gebruik dat de hermeneutische psychiater ervan maakt?

4) **Er heeft “nooit een christelijke psychiatrie bestaan. ... In die zin kan er geen sprake zijn van religie als dimensie in of van de psychiatrie”** (p. 28).

5) **“Maar wie zou ... de religie tot een concurrent van de psychiatrie willen maken?”**
(p. 24).

Ad 4 en 5.

De psychiaters van beide richtingen zullen deze opmerkingen gelijkkluidend beantwoorden. De hermeneutische psychiater ziet echter religie als een belangrijk *diagnostisch hulpmiddel* (vanwege de wijze waarop de patiënt haar hanteert en beleeft), om vervolgens, met behulp van de verkregen inzichten, de psychische werkelijkheid van zijn patiënt te helpen *saneren*. De niet-hermeneutische psychiater ziet religie blijkbaar als een ‘concurrent’, een onrechtmatige ‘indringer’, aangezien voor hem religie niets te maken heeft met psychiatrie. Opnieuw stuiten we op de vraag: wat wordt in dit opzicht verstaan onder ‘religie’? De institutionele godsdienst, met zijn geloofsopvattingen, rituelen, etc.? Is het de vertegenwoordigers van beide psychiatrische richtingen duidelijk, wat de ander in dit verband met ‘religie’ bedoelt? Hier ligt een punt van aandacht.

6) **“Dient men de verworvenheden van de geneeskunde te loochenen en terug te keren tot een situatie voor het uiteen gaan van het religieuze en het wetenschappelijke perspectief?”** (p. 29).

Ad 6.

We krijgen de indruk, dat bij de niet-hermeneutisch werkende psychiater een zekere argwaan en scepsis meespelen m.b.t. het ‘toelaten’ van religie binnen de psychiatrie, die nu ‘eindelijk’ wetenschappelijk verantwoord en empirisch onderzoekbaar zijn zaak ‘op orde’ heeft. Het zou inderdaad een stap terug zijn, als we in de psychiatrie opnieuw te maken zouden krijgen met religieus getinte vóóronderstellingen, met niet verifieerbare, op geloof gebaseerde overtuigingen, waarmee psychiatrische aandoeningen zonder meer in verband zouden worden gebracht. Dat zou dramatisch zijn. De hermeneutisch georiënteerde psychiater zal zeker niet vanuit dit (oude) religieuze perspectief te werk willen gaan. Tegelijkertijd wil hij zich echter niet tot het wetenschappelijk perspectief, dat Van Belzen schetst, *beperken*. Het is namelijk óók wetenschappelijk verantwoord gebleken om levensbeschouwing, geloof en zingevingsproblematiek wél bij psychiatrie te betrekken, omdat deze factoren een rol blijken te spelen bij psychiatrische problematiek. Onduidelijk blijft, hoe de ‘niet-hermeneutisch’ werkende psychiater, over wie Van Belzen spreekt, tegenover deze opvatting staat van zijn hermeneutisch georiënteerde collega.

7) **Ten aanzien van “de klacht, dat religie niet aan de orde mág komen in de psychiatrie ... móét religie dan aan de orde komen in de psychiatrie? Waarom zou dat moeten?”** (p. 31).

Ad 7.

Ook uit dit citaat lijken we te kunnen opmaken, dat de niet-hermeneutisch georiënteerde psychiater ervan uitgaat, dat religie *los* staat van psychiatrie. We zouden dan opnieuw stuiten op de ééndimensionaliteit van de niet-hermeneutische psychiatrie.

Ook hier hebben we behoefte aan een duidelijkere inhoudsbepaling van ‘religie’.
Bedoelt Van Belzen, als hij aangeeft, dat religie niet aan de orde hoeft te komen in de psychiatrie, nu óók te zeggen, dat religieuze of levensbeschouwelijke problematiek geen aanleiding kan geven tot psychiatrische klachten, dat van onderlinge beïnvloeding of zelfs mogelijke causaliteitsverbanden geen sprake kan zijn?
Dit blijft onduidelijk, omdat de inhoud van het begrip ‘religie’ niet verder wordt toegelicht.

- 8) “... als door de patiënt ingebracht onderwerp moet zij [religie] uiteraard aan de orde kunnen komen, maar niet als onderdeel van het psychiatrisch perspectief” (p. 31).

Ad 8.

Dit citaat doet enige versoepeling vermoeden ten opzichte van het *strikt* biomedische model. Anderzijds blijkt uit dit citaat, dat religie géén ‘vaste’ plaats gegeven hoeft te worden in de psychiatrie. Alleen als de patiënt het zelf graag wil, *mag* hij er over praten ... Maar tot welke grens ‘mag’ het en wat wordt er *vervolgens* mee gedaan? Hoe hanteert de psychiater religieus getinte verhalen? Welke plaats en functie krijgen ze in de behandeling als zodanig?
Ook als de patiënt zelf komt met religieus gekleurde verhalen en hij deze *mag* vertellen, wordt religie namelijk opgevat als *losstaand* van het psychiatrisch perspectief, zo blijkt uit dit citaat. Dit doet vermoeden, dat voor de niet-hermeneutisch werkende psychiater het feit, dat de patiënt *uit zichzelf* over een religieus getint onderwerp wil praten, de enige reden is, dat religie *mogelijk* aan de orde komt in de behandeling. Tevens doet een en ander vermoeden, dat religieuze uitspraken door hem niet in een *breder* perspectief worden geplaatst, waarin ook de expertise van de geestelijk verzorger en psychotherapeut in beeld komt.

Vanuit de hermeneutische visie zal de psychiater zélf, bij álle patiënten, *expliciet* en uitnodigend het levensbeschouwelijke en het religieuze activeren. Gehanteerd op de eerder beschreven wijze (zie 4.3.2. en 4.3.7.), vormt religie (maar ook levensbeschouwing in ruimere zin en zingevingsproblematiek) in de hermeneutische visie een *geïntegreerd* onderdeel van het psychiatrisch perspectief.

Dit lijkt mij tot nu toe een wezenlijk verschil tussen beide richtingen.

- 9) “Zin kan wél tot de psychiatrische optiek behoren, maar ... ook wanneer men accepteert dat de psychiatrie noodzakelijk dualistisch dient te zijn en naast een natuurwetenschappelijke een hermeneutische component dient te bevatten, dan nog is de dimensie van “zin” niet hetzelfde als religie ... [Zin] kan wel religieus zijn of verwoord worden, maar religie als zodanig is ze niet ... Zin kan heel wel gevonden worden in niet-religieuze, zelfs in antireligieuze betekenisgehelen.” (p. 31/ 32).

Ad 9.

• Met de opmerking, dat ‘zin’ wél tot de psychiatrische optiek kan behoren en het mogelijk is, te accepteren dat psychiatrie ook een hermeneutische component bevat, wordt (net als in citaat 8) een ruimer beeld geschetst dan dat van de strikt biomedische psychiatrie.

• ‘Zin’ is niet hetzelfde als religie, zegt Van Belzen. Dat klopt. Ook de hermeneutisch werkende psychiater zal dat niet betwisten.

Maar het is de vraag, of in het geval van religieuze zingevingsproblematiek aandacht aan ‘zin’ gegeven kan worden, terwijl het thema ‘religie’ niet aan bod mag komen. Kan de therapeut zich inlaten met de zingevingsproblematiek van de patiënt zónder interesse te hebben voor diens levensbeschouwing als zingevingsbrón (die nog steeds dikwijls religie blijkt te zijn).

• Uit de laatste twee zinnen blijkt, dat er onduidelijkheid bestaat over de *functie* van religie in de psychiatrische anamnese en behandeling. Het gaat de hermeneutisch-werkende psychiater niet om religie-op-zich, om religie als inhoud. Het gaat hem er om, te weten te komen, *hoe* religie functioneert bij de patiënt. *Ook* als de patiënt zin ontleent aan niet-religieuze of anti-religieuze betekenisgehelen, geeft dat de hermeneutische psychiater de gewenste informatie.

10) **“Het zou kunnen dat psychiaters weigeren om de patiënt aan te horen als die over religie spreekt. ... In principe zou een patiënt alles ter sprake moeten kunnen brengen. Maar dat wil nog niet zeggen, dat een psychiater overal wat mee kan en/of moet doen. Een biologisch georiënteerde psychiater zal zich niet inhoudelijk met ... de religie van de patiënt bemoeien ... Een psychotherapeutisch werkend psychiater zal ... aanhoren wat de patiënt over religie ... ter sprake brengt. Maar hij zal zich evenmin inhoudelijk met de religie ... van de patiënt inlaten. Bij zijn leest blijvend, zal hij de woorden van de patiënt trachten te beluisteren op hun psychische zin...”** (p. 33).

Ad 10.

• Van Belzen maakt expliciet onderscheid tussen enerzijds een biologisch en anderzijds een psychotherapeutisch werkend psychiater.

Van de *biologisch* georiënteerde psychiater wordt slechts gezegd, dat hij zich *niet inhoudelijk* met de religie van de patiënt zal bemoeien.

Alleen van de *psychotherapeutisch* werkend psychiater wordt vervolgens gezegd, dat hij “zal aanhoren wat de patiënt over religie ... ter sprake brengt”.

Het lijkt er dus op, dat een biologisch (dus biomedisch) werkend psychiater datgene, wat zijn patiënt te berde brengt over zijn religieuze beleving, zelfs niet (altijd) zal *aanhoren*, óók niet op zijn “psychische zin”. Dit is in overeenstemming met de eerste en derde zin van het citaat: “Het zou kunnen dat psychiaters weigeren om de patiënt aan te horen als die over religie spreekt”, want hij *kán* er niets mee en/of moet er niets mee...

’t Is dus al mooi *áls* deze psychiater het geduld en de welwillendheid op kan brengen om de patiënt ‘aan te horen’ (in de biomedische visie is deze religieus getinte informatie immers niet van belang voor de behandeling zelf).

Het uitgangspunt, dat een patiënt in principe alles wat hem bezig houdt, ter sprake zou moeten kunnen brengen (zin twee), wordt teniet gedaan, als het door de psychiater niet ‘aangehoord’ *wil* worden. Hier stuiten we op een tegenstrijdigheid.

• In de laatste zin lezen we: Als de therapeutisch werkende psychiater *bij zijn leest* blijft, zal hij religieus getinte uitspraken beluisteren op zijn *psychische zin*.

Is deze *therapeutisch* werkende psychiater dezelfde als de hermeneutisch werkende psychiater? Dit blijft onduidelijk

Hier ligt in ieder geval een mogelijkheid tot toenadering. De hermeneutisch werkend psychiater zal religieuze taal óók slechts beluisteren op haar psychische zin.

11) **“...als de psychiater ‘aan religie gaat doen’, is dat ... een beroepsfout. Evenals het in een klinische setting laakbaar is te weigeren religieuze uitspreken aan te horen, is het laakbaar juist op religie in te willen gaan. Uiteraard niet als dit technisch-psychotherapeutisch gebeurt, maar wel indien het inhoudelijk wordt...”** (p. 34).

Ad 11.

“Aan religie doen” valt in citaat 11 samen met *inhoudelijk op religie in willen gaan*.

We zagen al eerder (zie 4.3.7.3.), dat de hermeneutisch werkende psychiater evenmin als zijn biomedisch te werk gaande collega inhoudelijk op religie in wenst te gaan. Van Belzen acht het wél vanzelfsprekend, dat de psychiater op religie in gaat als dit *technisch-psychotherapeutisch* gebeurt. Ook hier ligt m.i. een opening tot gesprek tussen beide psychiatrische richtingen.

- 12) **“Psychiaters ... dienen de psychische werkelijkheid te exploreren en waar nodig te saneren.
De religieuze werkelijkheid ... behoort niet tot de psychiatrische expertise.
Inhoudelijk religieuze gesprekken behoren niet thuis in de spreekkamer van een psychiater....”** (p. 34).

Ad 12.

• Citaat 12 bestaat uit drie zinnen. De eerste zin luidt: “Psychiaters dienen de psychische werkelijkheid te exploreren en waar nodig te saneren”.

Kunnen we nu uit het feit, dat Van Belzen in *algemene zin* spreekt over ‘psychiaters’ opmaken, dat *alle* psychiaters, dus óók de biomedisch georiënteerde, geacht worden de psychische werkelijkheid van de patiënt te exploreren en vervolgens zelfs te *saneren*?

Hoe gebeurt dat in de biomedische setting, waarin de psychiater lang niet altijd “iets kan” en/of “iets hoeft” met religieuze (levensbeschouwelijke) uitspraken van de patiënt? (citaat 10) en waarin de psychiater de patiënt benadert vanuit een Ich-Es kenwijze? (citaat 2). Voor de innerlijke belevingswereld van de patiënt is immers geen plaats in deze benaderingswijze? Vormt de biomedisch werkende psychiater zich toch óók een beeld van de psychische belevingswereld van de patiënt en zo ja, langs welke weg verkrijgt hij dit inzicht?

Beschikt hij dan vervolgens over een *methode*, om de psychische werkelijkheid van de patiënt te helpen saneren (ook zonder te raken aan eventuele religieuze thema’s, die mogelijk een rol spelen in de psychische werkelijkheid van de patiënt)?

Het zou dan hoog tijd zijn, dat collega’s van beide psychiatrische richtingen hun visies en ervaringen uitwisselen...

Tot nu toe worden echter geen mededelingen gedaan, die duidelijk maken, dát en hoé de psychische werkelijkheid van de patiënt in de niet-hermeneutisch georiënteerde psychiatrie geëxploreerd en vervolgens gesaneerd wordt.

Eerder doet de omschrijving van psychiatrie als “een medisch-(natuur)wetenschappelijke benadering van geestesziekte” (citaat 1), het toekennen van een Ich-Es kenwijze aan de psychiatrie (citaat 2) en het legitimeren van de weigering om een patiënt *aan te horen*, als deze graag wil spreken over zijn religieuze beleving (citaat 10) vooralsnog vermoeden, dat we in dit artikel óók te maken hebben met (duidelijke kenmerken van) de biomedische benaderingswijze. De vraag blijft: hoe komt een biomedische georiënteerde psychiater in contact met de psychische werkelijkheid van zijn patiënt?

• Zin twee vertelt ons opnieuw, dat de religieuze werkelijkheid *niet* tot de psychiatrische expertise behoort.

Tegelijkertijd kunnen we uit zin een én zin twee sámen opmaken, dat Van Belzen aanneemt, dat de ‘religieuze werkelijkheid’ van de patiënt géén deel uitmaakt van zijn ‘psychische werkelijkheid’. Dit lijkt me een belangrijke, misschien wel cruciale bevinding.

Echter, uit citaat 11 mochten we opmaken, dat het “uiteraard niet” laakbaar is, als de psychiater *technisch-psychotherapeutisch ingaat op de religie* en de religieus getinte mededelingen van zijn patiënt.

Onder bepaalde condities is er dus wél plaats binnen de psychiatrie voor (één of enkele aspecten van) de religieuze werkelijkheid van de patiënt.

In hoeverre kunnen psychiaters van beide ‘richtingen’ elkaar hier vinden? Het lijkt me van belang, over dergelijke vragen de dialoog aan te gaan.

- Zin drie laat opnieuw de (enige) argumentatie zien, die tot nu toe aangevoerd wordt om niet ‘aan religie’ te ‘doen’: ‘aan religie doen’ zou betekenen: inhoudelijk religieuze gesprekken voeren.

De hermeneutisch georiënteerde psychiater voert echter géén inhoudelijk religieus gesprek, maar zal toch steeds uitnodigend de religieuze voorstellingswereld van zijn patiënt exploreren.

- Voor mijn gevoel is in dit artikel herhaaldelijk sprake van een vorm van miscommunicatie. Mijns inziens zou het verhelderend zijn, om de uitspraak “aan religie doen” zorgvuldig(er) te expliciteren. Vervolgens kan dan veel genuanceerder worden gecommuniceerd over “aan religie doen” en gekoppeld daaraan, over ‘aan religie doen in de psychiatrie’: Op welke wijze(n) heeft religie wél een plaats in de psychiatrische expertise en op welke wijze(n) (beslist) niet. Welke criteria zijn daarbij van belang?

13) “ **Een ...mogelijke reden voor het onbehagen: de patiënt wil zo graag inhoudelijk over religie praten en klaagt dat de psychiater daarin niet meegaat. ... Dat is misschien wel te begrijpen, en ik zal de laatste zijn om te ontkennen dat een religieuze zinvinding mogelijk is bij, tijdens of na psychiatrische klachten of processen, maar die religieuze zinvinding hoort niet in handen van de psychiater: niet van de empiristische en niet van de hermeneutische**”... (p. 34).

Ad 13.

Van Belzen geeft aan, dat religieuze zinvinding *mogelijk* is bij psychiatrische klachten en tijdens psychiatrische processen. Is de psychiater nu ook *alert* op dergelijke signalen? Houdt hij in de gaten, of de manier waarop religieuze zinvinding *beleefd* of *geïnterpreteerd* wordt, leidt tot *psychisch gezond* functioneren?

Zal hij, door de kennis die hij heeft over de expertise van aanverwante disciplines in de geestelijke gezondheidszorg, er op letten, of de patiënt begeleiding nodig heeft van een collega hulpverlener?

Religieuze zinvinding hoort niet in handen van de psychiater, aldus Van Belzen. Inderdaad, maar correct kunnen inschatten, wanneer hij een patiënt moet doorverwijzen en naar wie, behoort allicht wel tot zijn taak. Is de deskundigheid hiertoe aanwezig? Dit thema vraagt aandacht.

Wanneer een patiënt bijvoorbeeld aanhoudend inhoudelijke vragen blijft stellen en daarover onzeker lijkt te zijn, kan de hulp van een geestelijk verzorger ingeroepen worden. Dit is nèt even een stapje verder zetten dan de uitingen van de patiënt alleen maar negeren, omdat ze ‘inhoudelijk religieus’ van aard zouden zijn.

Wanneer een patiënt te zeer gehinderd lijkt te worden door hardnekkige, psychisch ongezonde patronen om de nieuw gevonden (religieuze) inhouden ‘gezond’ te kunnen hanteren of integreren, kan de psychiater denken aan doorverwijzing naar een psychotherapeut.

Het doel is steeds, dat de patiënt op *die* plek in de gezondheidszorg terecht komt, waar hij, als ‘hele’ mens, de hulp krijgt die hij behoeft.

- 14) **Als de patiënt vragen en twijfels naar voren gaat brengen over (voorgegeven) antwoorden [dus mogelijk zingevingsvragen gaat stellen, M.H.], dan: “Is dat een teken dat het wellicht tijd wordt om hem zelf zijn weg te gaan laten zoeken en de therapie te laten termineren of om hem voor deze vragen door te verwijzen naar een geestelijk verzorger ... ?”** (p. 35).

Ad 14.

Doorverwijzing vindt slechts plaats in 1 % van de gevallen, zoals we eerder zagen bij Pieper & Van Uden (zie 4.3.1.). Betekent dit dus, dat in 99 van de 100 (!) gevallen de therapie getermineerd wordt, als de patiënt vragen gaat stellen?

Beschikt de psychiater niet over alternatieven, die eveneens binnen zijn professie vallen?

Doorverwijzing naar een psychotherapeut zou zo'n alternatief kunnen zijn. Een psychotherapeut is allicht in staat, na te gaan uit welke behoefte van de patiënt het stellen van allerlei vragen voortkomt...

Zou (mede) uit het feit, dat de psychiater geneigd is de therapie te termineren als de patiënt bepaalde twijfels en vragen laat horen, de conclusie uit het onderzoek van het Amsterdams Patiënten & Consumenten Platform voort komen: “de GGZ laat veel kansen liggen: ze laat mensen met zingevingsvragen te vaak alleen”? (Kal; zie 4.3.1.).

- 15) **“Onderzoek waaruit blijkt dat een patiënt graag zou hebben gehad dat over zin en religie gesproken werd, zegt ... niet zo veel. Dit zou eenvoudigweg een onterechte wens kunnen zijn. Het zou zelfs juist correct handelen van de psychiater kunnen zijn om er niet op in te gaan”** (p. 36).

Ad 15.

Wat is tot nu toe te zeggen over wél en niét ‘correct’ handelen van de psychiater, als het gaat om religie en zinvragen?

Niet correct bleek het te zijn,

- om op de wáárheidsvraag in te gaan en die te bediscussiëren (citaat 10, 11, 12).
- om te weigeren religieuze uitspraken *aan te horen* (citaat 11), terwijl anderzijds deze religieuze uitspraken *niet* beschouwd worden als onderdeel van het psychiatrisch perspectief (citaat 1, 2, 3 en 8) en de weigering om deze uitspraken aan te horen, gelegitimeerd lijkt te worden (citaat 10).
- om zich bezig te houden met de religieuze zinvinding van de patiënt (citaat 13).

Wel correct bleek het te zijn,

- om een patiënt toe te staan elk onderwerp *ter sprake* te brengen (citaat 8 en 10).
- om technisch-therapeutisch op religie *in te gaan* (citaat 11).
- om de psychische werkelijkheid van de patiënt te exploreren en waar nodig te saneren (citaat 12).
- dat zin tot de psychiatrische optiek behoort (citaat 9).

Als een patiënt graag wil spreken over zin en religie, wijst dat mogelijk op zingevingsvragen. Ik zou graag weten, waarop Van Belzen zich baseert, als hij meent dat het ‘onterecht’ is, dat een patiënt graag over *zin* zou spreken met de psychiater.

‘Zin’ kan immers wél tot de psychiatrische optiek behoren? (citaat 9). Van Belzen onderkent ook zelf, dat de dimensie van ‘zin’ niet hetzelfde is als religie (citaat 9).

Het intrigeert me, wat dan een reden zou kunnen zijn, om *terecht* niet op de *zin*vraag in te gaan. Is het onderzoek, waar Van Belzen op doelt, daar zelf expliciet over? Allicht missen we kwalitatief onderzoek, dat zich expliciet richt op de bevindingen van (ex)- psychiatrische pati-

enten en psychiaters, op basis waarvan we een genuanceerder beeld kunnen krijgen over wat Yalom (1980, p. 3-5) de “throw-ins” noemt in de therapeutische praktijksituatie. Ik kom hier in mijn aanbevelingen op terug.

- 16) Van Belzen gaat in op het culturele verschijnsel ‘ontkerkelijking’. **Ook al zou de hedendaagse mens daardoor lijden aan zinverlies, dan nog “is het de vraag of een discipline als de psychiatrie gehoor moet geven aan de roep daaraan iets te doen”. En verderop: “Indien zich thans werkelijk een culturele ‘ziekte’ manifesteert die bestaat in zinverlies, dan dienen de psychiatrie en de GGZ wel uit te kijken om als stoplap te gaan fungeren, als puinruimer van individuele nood, maar daarmee ook als indirecte toedekker en legitimator van ellende op cultureel niveau” (p. 36 en 37).**

Ad 16.

Aangezien Van Belzen ‘ziekte’ tussen aanhalingstekens plaatst, gaat hij er van uit, dat zinverlies niet echt een ziekte is, maar slechts een cultureel verschijnsel en als zodanig *los* staat van psychiatrie. Op basis hiervan lijkt het waarschijnlijk, dat de niet-hermeneutisch werkende psychiater géén (mogelijk oorzakelijke) verbanden ziet tussen zingevingsproblematiek en psychiatrische problematiek. Hieruit valt ook de visie te verklaren, dat de psychiater niet als “puinruimer” van individuele nood (veroorzaakt door zinverlies) dient op te treden.

In citaat 9 lezen we echter, dat ‘zin’ wél tot de psychiatrische optiek *kan* behoren. In citaat 12 lezen we, dat psychiaters de psychische werkelijkheid juist dienen te exploreren en te saneren. Uit citaat 16 volgt nu daarentegen, dat zinverlies blijkbaar niets van doen heeft met de psychische werkelijkheid van de patiënt! De psychiater dient zich er namelijk *niet* mee in te laten.

In 4.3.7.1. kwamen we de opvatting tegen (gestaafd door onderzoeksgegevens), dat zinverlies vaak een causale factor is bij psychopathologie. Vanuit deze zienswijze kan als volgt gereageerd worden: Al zou ‘zinverlies’ (ook) een cultureel verschijnsel zijn en voort blijken te komen uit ‘verzielende structuren’ in onze samenleving (Van Belzen, p. 37), het heeft zijn repercussie op de geestelijke gezondheid van een mens.

Vanuit de invalshoek van citaat 16 zou het individu in dubbel opzicht slachtoffer worden: eerst vanwege de ongezonde maatschappelijke structuren, waarin hij leeft en vervolgens vanwege het feit, dat de psychiater onwillig is, zijn *individuele nood te helpen lenigen*.

Met dit citaat is mijns inziens ook een stukje ethiek gemoeid. Ligt het niet op de weg van de psychiater om individuele mensen vrij te helpen komen van hun (psychische/psychiatrische) nood, ook al zou het waar zijn, dat de (toenemende) hulpvraag voortkomt uit ‘verzielende structuren’ en de psychiater het gevoel heeft, slechts als ‘symptoombestrijder’ te worden ingezet (p. 37).

Maar zegt, los van ethische implicaties, de benadering van Van Belzen ook iets over de vermeende mogelijkheden en reikwijdte van de discipline psychiatrie? Zou de psychiatrie niet méér kunnen betekenen in de samenleving dan uit dit citaat naar voren komt?

Ben je als psychiater ‘toedekker’ en ‘legitimator’ van alle ellende op cultureel niveau? Zou je, juist als psychiater, niet ook een signalerende functie kunnen uitoefenen: er, júist als ervaringsdeskundige, over publiceren; die geledingen en instanties in de maatschappij wakker helpen schudden, die het probleem aangaan; als ‘voortrekker’ een kritisch geluid laten horen... De noodklok luiden, dus en ondertussen zoveel mogelijk mensen helpen met het vinden van nieuwe antwoorden, hun *eigen* antwoorden, waar ze op een als zinvol ervaren wijze mee verder kunnen.

Citaat 16 is mijn laatste citaat.

4.3.9. Afsluitende opmerkingen naar aanleiding van voorgaande bevindingen.

Ter afsluiting van het onderzoek naar de plaats van en aandacht voor zingevingsvragen, levensbeschouwing en geloof in de psychiatrie volgen hier enkele opmerkingen ten aanzien van in het oog springende misvattingen en mogelijke knelpunten tussen beide psychiatrische richtingen.

Het lijkt er op, dat één misverstand tussen beide psychiatrische richtingen levensgroot is: ‘Aan religie doen’ wordt door de niet-hermeneutisch werkende psychiater blijkbaar meteen vereenzelvigd met ‘inhoudelijke, levensbeschouwelijke gesprekken voeren’.

In veel citaten wordt vanuit deze aanname gereageerd, als gesproken wordt over het betrekken van religie bij de psychiatrie.

Ik vraag me af, of psychiaters van de hermeneutische richting ooit duidelijk hebben kunnen maken welke *functie* van religie zij op het oog hebben, als zij in hun psychiatrische praktijk ‘aan religie doen’, namelijk: de *zingevende* functie van religie.

Als de hermeneutisch werkende psychiater zijn collega van de ‘andere’ richting duidelijk kan maken, dat hij de religieuze verhalen van de patiënt alleen gebruikt om te beluisteren op hun *psychische* zin, als een waardevol hulpmiddel om de psychopathologie te kunnen exploreren en zo mogelijk te saneren, zouden psychiaters van beide richtingen hier dan niet mee kunnen instemmen? He argument, dat een psychiater inhoudelijk niet aan religie mag doen, zou hiermee wegvallen.

Het lijkt dus van belang, om onderling in gesprek te komen over de wijze waarop religie gedefinieerd en gehanteerd wordt in beide psychiatrische geledingen: waar hebben we het nou precies over, welke aspecten van religie hebben inderdaad niets met psychiatrie te maken, maar hoe benaderd en gehanteerd heeft religie juist wél een plaats in het psychiatrisch perspectief, waarschijnlijk zelfs een cruciale plaats?

Knelpunten tussen beide richtingen lijken het mensbeeld te zijn, dat de psychiater hanteert en de wetenschapsvisie, waar hij van uit gaat. Uit de citaten 1 (2^e zin), 2 (2^e zin) en 6 kunnen we opmaken, dat de door Van Belzen bedoelde psychiater er *a priori* vanuit gaat, dat psychiatrie een *natuurwetenschappelijke* professie is en dat zijn hermeneutisch georiënteerde collega (mogelijk) niet (voldoende) wetenschappelijk te werk gaat.

Van Belzen (1998, p. 24-26) laat zien, dat men de psychiatrie, toen zij in 1885 als zelfstandige discipline haar intrede deed, “wenste te beoefenen zoals de *medische* wetenschap en praktijk dat gewoon is. Men zou de verschijnselen en dragende subjecten gaan beschouwen op de wijze der geneeskunde, die voor haar grondslagen, theorieën en therapieën steunt op een natuurwetenschappelijke benadering van de werkelijkheid. Verschijnselen werden daarmee tot ziektes, subjecten tot patiënten.”

Hieruit spreekt de in die tijd heersende opvatting over het ontstaan en de mogelijke genezing van psychische ziektes. Inmiddels leven we ruim een eeuw later, maar lijkt een verschil in opvatting over de wijze van wetenschappelijk verantwoord psychiatrie bedrijven nog steeds een ‘knelpunt’ te zijn tussen de beide psychiatrische ‘richtingen’.

In 4.3.7. kwam de hermeneutische benaderingswijze aan de orde. Vergeleken met wat naar voren komt uit het artikel van Van Belzen, valt vooral op, dat het belang van het *structureel*, *expliciet* en *geïntegreerd* betrekken van religie/levensbeschouwing en zingevingproblematiek bij de behandeling van de patiënt door de psychiaters van beide richtingen niet gelijkelijk wordt ingeschat. Dit is een punt van aandacht.

Drie tekstgedeeltes in de citaten bieden met name een uitgangspunt tot onderling gesprek:

- In citaat 10 oordeelt hij, dat de psychiater “bij zijn leest” blijft, als hij de religieuze taal van de patiënt beluistert op haar *psychische* zin.
- In citaat 11 lezen we iets van dezelfde strekking: het is correct, als de psychiater technisch-therapeutisch ingaat op de religie en de religieuze uitingen van zijn patiënt. Beide uitspraken bieden een opening naar de hermeneutische werkwijze.
- Citaat 12 biedt met name mogelijkheden: “Psychiaters ... dienen de psychische werkelijkheid te exploreren en waar nodig te saneren”.

Hiermee eindigt de theoretische uitwerking van de plaats van zingeving, levensbeschouwing en religie in de psychiatrie. We schenken nu aandacht aan de resterende vraag: Welk beeld schetst de literatuur van de wijze, waarop de psychotherapeut aandacht heeft voor- en omgaat met levensbeschouwelijke en zingevingsvragen in de begeleiding van zijn cliënten.

4.4. **De plaats van en aandacht voor zingevingsvragen, levensbeschouwing en geloof bij psychotherapeuten.**

4.4.1. Inleiding.

In 4.1.5. gaven we aan dat we, na de uitwerking van de vraag naar plaats en aandacht voor zingevingsvragen in de psychiatrie, een schets van hetzelfde thema zouden geven waar het psychotherapeuten betreft. Dit, om naderhand de vijfde en zesde onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

De omvang van 4.4. (informatie bevattend over de plaats van zingevingsvragen in de psychotherapeutische praktijkvoering) zal echter beperkter zijn dan van 4.3., waarin de psychiatrische praktijk centraal stond. Aanvankelijk meende ik namelijk, dat met de term ‘psychotherapeut’ een als zodanig geschoold psycholoog aangeduid werd, aangezien in de literatuur de termen ‘psychiater’ en ‘psychotherapeut’ naast elkaar gebruikt worden. Glas (2001, p. 85) bijvoorbeeld spreekt van “het werk van de psychiater en/of psychotherapeut”; Verhagen (2003, p. 159) verwijst naar “het primaire referentiekader van de psychiater en de psychotherapeut”; Zock (2001, p. 7) onderscheidt expliciet psychotherapeuten van psychiaters.

Mijn scriptiebegeleider, dr. Pieper, wees mij er echter op, dat wanneer in de literatuur gesproken wordt over ‘psychotherapeuten’, men niet altijd psychotherapeuten op het oog heeft in de engere zin van een bepaalde beroepsgroep. Bij deze term zouden psychiaters ingesloten kunnen zijn, aangezien ook zij een psychotherapeutische praktijk kunnen voeren.

Een gedeelte van de gevonden informatie verviel hiermee.

In 4.4.2. wordt een aantal meningen weergegeven van auteurs met betrekking tot de vraag, of zingeving(sproblematiek), levensbeschouwing en geloof thuis horen in de psychotherapie. Het betreft hier en daar ook opmerkingen van een psychiater (bijv. Van Ree), maar deze worden alleen vermeld, als de psychiater ze ook van toepassing acht op de professie psychotherapie.

In 4.4.3. komt een mogelijke oorzaak aan de orde, die Mooren ziet voor het feit, dat de genoemde aspecten nog steeds weinig aandacht krijgen in de psychotherapie.

4.4.2. en 4.4.3. sluiten hiermee aan bij de tweede en derde onderzoeksvraag. Voor de beantwoording van de eerste drie onderzoeksvragen met betrekking tot de discipline psychotherapie geldt eveneens de inhoud van 4.1.2., 4.1.3. en 4.1.4.

In 4.4.4. komen de resultaten aan de orde van een onderzoek van Pieper & Van Uden onder stafmedewerkers van de RIAGG’s Sittard en Heerlen. De resultaten van dit onderzoek blijken

gebruikt te kunnen worden bij de beantwoording van de derde, vijfde en zesde onderzoeksvraag, wat betreft de psychotherapeutische praktijkvoering.

Volgens Pieper kon ik dit onderzoek wél blijven gebruiken, aangezien de categorie psychiaters bij de RIAGG klein is (“misschien drie op de zestig”). Dit geeft een mogelijke afwijking in de uitkomsten van maximaal 5 %.

De duidelijke en m.i. bruikbare tendens, die uit dit onderzoek spreekt, komt hiermee niet in gevaar.

4.4.2. Horen zingevingsvragen, levensbeschouwing en geloof thuis in de psychotherapie?

Naast psychotherapeuten houden ook diverse psychiaters een pleidooi, om (ook) in de psychotherapeutische hulpverlening aandacht te besteden aan zingevingsproblematiek, religieuze- en levensbeschouwelijke vragen.

Bij Uleyn (1988, p. 86-87) lezen we: “De stelling dat deze thematiek [problemen rond zingeving, geloof en religie] ter sprake moet kunnen komen bij een psychotherapeut ... behoeft niet verder beargumenteerd te worden. Het tegenhouden of verbieden van de exploratie van existentiële en religieuze ervaringen kan niet samengaan met de wil om inzichtgevendende therapie te bedrijven”.

Stroeken (1999, p. 11) schrijft, dat hij in een ontdekkende gesprekstherapie in principe alles ter sprake laat komen, zeker ook “hoe de cliënt tegen het leven aankijkt”.

Pruyser (1992, p. 79) wil duidelijk maken, dat er *geen grenzen* zijn aan de *onderwerpen*, die ieder teamlid [hulpverleners uit de diverse disciplines van de gezondheidszorg, M.H.] kan aansnijden. “*De professionele deskundigheid die de teamleden vertegenwoordigen, is aan een perspectief gebonden, niet aan een onderwerp*”.

Van den Berg (2001, p. 22) signaleert: “Steeds meer wordt de noodzaak erkend om zowel de positieve als de negatieve waarde die geloof en levensbeschouwing kunnen hebben, te onderkennen en met de patiënten te bespreken”.

Van Ree (2001, p. 57) drukt het beeldend uit: Een psychotherapeut, die de belangrijke plaats van levensbeschouwing ontkent “is als een arts die de betekenis van de bloedsomloop negeert”. Een en ander wil niet zeggen, dat levensbeschouwing altijd een positieve rol speelt met betrekking tot psychisch welbevinden. Zo kan ze, volgens Van Ree, helpen bij het voorkomen van psychische problemen en bij het herstellen ervan, maar kan ze, omgekeerd, ook bijdragen aan het ontstaan van deze problemen.

Hier valt de parallel op met de door Van Uden & Pieper (1996, p. 13) vermelde bevindingen van Spilka, Hood & Gorsuch (1985), die tot een vergelijkbare conclusie kwamen omtrent de rol van religie met betrekking tot psychische problematiek. Religie kan, volgens deze onderzoekers, als twee uiterste mogelijkheden het pathologische genezen of veroorzaken. Daar tussenin kan religie het pathologische onderdrukken, verbergen of juist tot uitdrukking brengen. Aangezien religie gezien kan worden als een mogelijke levensbeschouwelijke invulling, ligt de parallel met de rol van levensbeschouwing voor de hand.

Van Ree (zie 4.3.2.) was een van de psychiaters, die ervoor pleitte, om bij iedere intake al expliciet naar geloof en levensbeschouwing te vragen, met het oog op een mogelijk verband met de klachten. Dit geldt, wat hem betreft, ook voor de psychotherapeutische setting.

Waarom deze aandacht voor geloof en levensbeschouwing bij *elke* intake? Van Ree: “Welke rol ze [de levensbeschouwing] ook speelt, haar invloed ontbreekt nooit” (p. 57).

Uit de literatuur blijkt, dat ook veel psychotherapeuten van mening zijn, dat aandacht voor het thema religie (levensbeschouwing) en daarmee voor het thema zingeving vanzelfsprekend deel zou moeten uitmaken van psychotherapie.

Deze aandacht voor levensbeschouwing of geloof lijkt te harmoniëren met een onderzoeksresultaat van Pieper & Van Uden (1998, p. 71), waaruit blijkt dat 40 % van de cliënten een verband ziet tussen zijn psychosociale problematiek enerzijds en zijn geloof / levensbeschouwing anderzijds.

4.4.3. Waarom is er nog te weinig plaats voor zingevingsvragen in de psychotherapeutische praktijk?

Waar kan het vervolgens aan liggen, dat deze interesse voor de existentiële en spirituele vragen van de cliënt in de praktijk nog (lang) niet altijd gestalte krijgt? Ik citeer een gedeelte van wat Mooren schrijft (1989, p. 15-16): “Ondertussen lijken de psychotherapeuten enig gehoor te geven aan het appèl dat op hen wordt gedaan om de dimensie van zingeving niet langer te veronachtzamen. Een deel van hen was altijd al geïnteresseerd in vraagstukken van zingeving en levensbeschouwing. Deze interesse maakte evenwel geen deel uit van het collectieve professionele zelfbeeld. ... Lange tijd werd belangstelling van therapeuten voor de dimensie zingeving en levensbeschouwing dan ook ... gewaardeerd als ... vrijetijdsactiviteit. ... In die waardering begint verandering te komen. Therapeuten die tot voor kort zingeving en levensbeschouwing negeerden, of deze dimensie ‘pathologiseerden’, komen tot de ontdekking dat ze een groot terrein braak hebben laten liggen. Deze verandering vindt slechts langzaam plaats.”

Als een mogelijke reden voor het trage veranderingstempo noemt Mooren *onzekerheid* van de therapeut. “Het ontbreekt immers met betrekking tot levensbeschouwing en zingeving aan omvangrijke theorievorming en ontwikkeling van methodiek, die de therapeut kunnen helpen binnen zijn métier aan zijn belangstelling verantwoord gestalte te geven” (p. 16). Van Uden (1988, p. 32) constateert ook een dergelijke onzekerheid: “Psychotherapeuten schenken doorgaans weinig of geen aandacht aan de religiositeit van hun cliënten en als ze er al aandacht aan besteden, weten ze vaak niet hoe ze er mee moeten omgaan”. Deze onzekerheid van de therapeut wordt ook door (recenter) onderzoek bevestigd.

4.4.4. Onderzoek onder (psycho)therapeuten, werkzaam bij het RIAGG.

Deze onzekerheid bij therapeuten komt ook naar voren uit onderzoek.

Zo deden Pieper & Van Uden (1998, p. 52-74) onderzoek onder therapeuten, werkzaam bij de RIAGG's Sittard en Heerlen. Er werd gewerkt met een vragenlijst. Het percentage respondenten bedroeg 49 %. (Voor de opbouw van het onderzoek: zie p. 54 en 55).

Enkele van de resultaten zijn de volgende: het bleek, dat 34 % van de responderende RIAGG-therapeuten de eigen vaardigheden voor het omgaan met geloofs- of levensbeschouwelijke kwesties onvoldoende vindt; 32 % van hen weet het niet. Slechts 34 %, dus één op de drie, acht de eigen vaardigheden voldoende.

Onder degenen die de eigen vaardigheden als onvoldoende inschatten, vallen vooral vrouwen en jongeren onder de 35 jaar. Slechts 12 % van de therapeuten van 35 jaar of jonger (3 van elke 25! M.H.) voelt zich voldoende vaardig om met geloofs- of levensbeschouwelijke problematiek om te kunnen gaan - opvallend weinig -, tegen 40 % van hen die ouder zijn dan 35 jaar.

40 % mag dan ruim drie keer zo veel zijn dan 12 %, het is nog altijd minder dan de helft!

Op de vraag of er behoefte aan bijscholing bestaat op dit gebied, antwoordt 46 % van de ondervraagde en respons gevende RIAGG-therapeuten bevestigend.

De behoefte aan bijscholing bedroeg bij therapeuten jonger dan 35 jaar zelfs 63 %!

Dit hoge percentage was voor Pieper en Van Uden (1998, p. 72) aanleiding om een cursus klinische godsdienstpsychologie te ontwikkelen voor deze doelgroep. (Een uitgebreide toelichting op de genoemde cursus is te vinden in Van Uden & Pieper, 2001, p. 103-125).

Veel (jongere) therapeuten, werkzaam bij RIAGG's geven dus aan, dat zij graag bijscholing willen hebben in het omgaan met en hanteren van geloofs- en levensbeschouwelijke problematiek. Hiermee geeft men blijk, deze dimensie belangrijk te vinden in de hulpverlening en vaardigheid te willen opdoen in het opnemen en hanteren van deze dimensie in de therapeutische begeleiding.

Een groot deel van deze responderende RIAGG-therapeuten (83 %) vindt het ook belangrijk, dat al in de opleiding aandacht wordt besteed aan het herkennen van- en omgaan met levensbeschouwelijke/geloofsproblematiek; 15 % van de ondervraagden 'weet het niet' en de resterende 2 % van de therapeuten geeft aan, dat voor hen deze toerusting niet nodig is.

De kans bestaat, gezien de tendens bij bovenstaande uitkomsten, dat deze 2 % vooral onder de 'oudere' therapeuten te vinden is. Ook kán het zijn, dat hieronder (een deel van) de (maximaal) 5 % van de psychiaters valt. Maar met zekerheid valt hier uiteraard niets over te zeggen.

Los daarvan is 83 % al een veelzeggend hoog percentage.

4.4.5. Lijnen, die zichtbaar worden met betrekking tot psychotherapeuten.

Uit bovenstaand onderzoek (4.4.4.) komt naar voren, dat 'de' psychotherapeut, werkzaam in de GGZ, over het algemeen allicht wel het belang inziet van het opnemen van zingevingproblematiek in zijn therapie, maar moeite heeft om dit te realiseren.

Hier zien we een parallel lopen naar de mededeling bij Hutschemaekers & Festen (2004, p. 25), dat de psychotherapeut binnen de institutionele GGZ *niet twijfelt aan de kracht en de zin van de persoonsgerichte benadering*, terwijl deze vorm steeds meer uit de institutionele GGZ verdwijnt.

Als uit onderzoek (Pieper & Van Uden, 1996 b, p.116, p.118) ook blijkt, dat therapeuten wel naar levensbeschouwelijke- en geloofsvragen *willen* luisteren, er ook wel op in (*willen*) gaan, maar het moeilijk vinden om adequate interventies te plegen, niet goed weten hoe ze, methodisch geëigend, levensbeschouwelijke- of geloofskwesties in hun therapeutische begeleiding op kunnen nemen, dan krijgen we hiermee een aardig overzichtelijk beeld van de aandacht voor levensbeschouwing, geloof en zingevingsvragen bij psychotherapeuten en van de waarde die zij aan deze aspecten toekennen. Allicht is de situatie niet zo zorgelijk als het zich even liet aanzien, toen we bij Vergouwen & Kerssemakers (zie 4.2.2.1.1.) lazen, dat in de *momenteel dominante symptoomgerichte psychotherapie* nauwelijks ruimte bestaat voor zingeving. Ook al is deze tendens waarneembaar, dan nog kan het zijn, dat deze méde voort komt uit een gevoel van onzekerheid van de psychotherapeut, vanwege het zich onvoldoende toegerust voelen om met zingeving(svragen) en levensvragen van de cliënt om te gaan in de therapie. Uit een gevoel van 'onmacht' dat hierdoor ervaren wordt, kan vervolgens in de praktijksituatie gekozen worden voor 'de veilige' (symptoomgerichte) weg.

Anders dan de (toch vaker medisch/biologisch georiënteerde) psychiater lijkt de psychotherapeut er van uit te gaan, dat zingevingsvragen en levensbeschouwing/religie een rol (kunnen) spelen bij psychische problematiek.

Bovendien zijn veel geciteerde auteurs (waaronder veel psychotherapeuten) van mening, dat zingeving(svragen) en levensbeschouwing vanzelfsprekend deel zouden moeten uitmaken van de psychotherapeutische begeleiding. In deze scriptie vinden we verwijzingen hiernaar o.a. terug in 4.1.3., 4.3.5.1., 4.5.1. en 4.5.3.

Gezien onze bevindingen in 4.4.4. en 4.4.5. mogen we voorzichtig veronderstellen, dat de *visie* van ‘de’ psychotherapeut mogelijk (veel) overeenkomst vertoont met de visie van de *hermeneutisch* georiënteerde psychiater.

Deze lijn, die zich aftekent, lijkt bevestigd te worden door fragmenten uit de literatuur. Ik noem er twee.

- 1) Bij Hutschemaekers & Festen (2004, p. 21) lezen we eerder, dat de hulpverleners in de GGZ niet eensgezind blijken te denken, als het gaat over de plaats van zingeving in de behandeling.

Het bleek, dat we de uitgesproken vóórstanders voor het opnemen van het thema ‘zingeving’ in de behandeling voornamelijk konden vinden in de kring van *psychotherapeuten*, terwijl *anderen* dan psychotherapeuten (heel wel mogelijk worden hiermee psychiaters bedoeld, M.H.) hier juist uiterst sceptisch tegenover staan (p. 21).

- 2) Zock (2001, p. 14) vermeldt, dat geestelijk verzorgers en behandelaars twee verschillende talen spreken. Een van de verschillen, die zij signaleert, omschrijft ze als volgt: “De *psychiater gebruikt medische, natuurwetenschappelijke taal voor een proces dat zich in de hersenen afspeelt.*”

Deze natuurwetenschappelijke taal, zegt Zock vervolgens, “overheerst in de psychiatrie en -in mindere mate- in de psychologie” (waartoe ook de *psychotherapie* gerekend kan worden, M.H.).

Hutschemaekers & Festen en Zock bevestigen hiermee de bevinding, die naar voren komt uit het vermelde onderzoek van Pieper & Van Uden onder RIAGG-therapeuten.

We merkten zojuist op, dat de *visie* van ‘de’ psychotherapeut allicht grotere overeenkomst vertoont met de visie van de *hermeneutisch* werkende psychiater dan we op het eerste oog vermoeden.

Aangezien de *hermeneutisch* werkende psychiater de thema’s zingeving en levensbeschouwing/geloof echter ook een vaste, geïntegreerde plaats weet te geven, zowel bij de diagnosestelling als vervolgens in de therapeutische begeleiding en behandeling van zijn patiënt, zal hij zijn ‘evenknie’ vooral terugvinden in de persoonsgericht werkende psychotherapeut, die inmiddels vaak een particuliere praktijk blijkt te voeren.

Knelpunt bij ‘de’ psychotherapeut lijkt vooralsnog de switch te zijn van enerzijds wél de waarde onderkennen van het betrekken van levensbeschouwing, geloof en zingevingsvragen bij de therapie en dit graag *willen* realiseren naar anderzijds het (vakgeëigend) kunnen intervensiëren vanuit een bruikbaar en adequaat gebleken theoretisch kader en een betrouwbare, geëigende methodiek (en zich hierin vaardig voelen).

Blijkbaar bestaat deze impasse al een kleine twintig jaar.

Zo schrijft Debats (1988) in zijn voorwoord: “Ik hoop dat deze bundel kan bijdragen tot de theoretische en praktische integratie van de zingevingsdimensie binnen de professionele psychotherapie, die er [hierdoor] wellicht ... beter in kan slagen een antwoord te geven op de hulpvragen van deze tijd”.

Zock (2001, p. 10) ziet de laatste tien jaar [dus van ca. 1990 tot 2000 en die tendens heeft zich nadien voortgezet, M.H.] onmiskenbaar een groeiende interesse voor spiritualiteit, zingeving en levensbeschouwing binnen de GGZ.

Toch lijkt haar een *vanzelfsprekende* plaats van zingeving in de zorg “eerder een toekomstvisioen dan een weergave van de huidige stand van zaken”. We kunnen, zo concludeert zij, op-

dit moment nog niet spreken van een integratie van zingeving en levensbeschouwing in de behandeling en begeleiding van patiënten en cliënten.

Evaluerend kunnen we zeggen, dat er aan de ene kant sprake is van een oprechte interesse bij psychotherapeuten voor de zingevingsdimensie en de wens aanwezig is om deze dimensie in de therapeutische begeleiding op te nemen; Aan de andere kant wacht nog veel werk. De *integratie* van de existentiële en spirituele dimensie in de therapeutische praktijkvoering moet namelijk nog plaatsvinden.

4.5. Drie mogelijk belemmerende factoren om zingeving(svragen) op te nemen in hetzij de psychiatrische, hetzij de psychotherapeutische praktijkvoering.

Alvorens in hoofdstuk 5 conclusies en aanbevelingen weer te geven, ga ik nog in op drie, in de literatuur vermelde, thema's (tevens factoren), die het opnemen van zingeving als geëigend onderdeel van de therapeutische begeleiding en/of behandeling potentieel in de weg staan.

4.5.1. De traditionele gerichtheid van de therapeut.

We zagen, dat (naast vele andere auteurs) Mooren in de psychotherapie een belangrijke plaats toekent aan zingeving (4.3.5.1.), gezien de invloed die zingeving heeft op het psychisch functioneren en het gevoel van welbevinden.

Ook meerdere psychiaters pleiten voor het belang van het opnemen van zingeving, levensbeschouwing en geloof in de anamnese en behandeling van patiënten (o.a. 4.3.7.2., 4.3.7.4.). Anderzijds lezen we bij Hutschemaekers en Festen (4.4.4.), dat de hulpverleners in de GGZ niet eensgezind blijken te denken, als het gaat over het opnemen van zingeving in de behandeling. In de (nog steeds overwegend symptoomgerichte) therapeutische praktijk lijkt het tij nog niet zo snel te kunnen keren.

Hierbij speelt ongetwijfeld een rol, dat in (psycho)therapie de aandacht van de therapeut traditioneel gezien alleen gericht was op gedragsmatige, intrapsychische en interpsychische processen (Mooren, 1989, p. 36). Hieronder vallen geen uitspraken van levensbeschouwelijke aard. Ook bij Van der Lans (2006, p. 72) lezen we, dat psychotherapeuten lange tijd slechts geïnteresseerd waren in drie dimensies: intrapsychische stoornissen, pathologie bevorderende leerprocessen en systeemstoornissen". Voor zingeving(svragen) als zelfstandige, serieus te nemen categorie was hier lange tijd geen plaats.

Ondanks het feit, dat de laatste twintig jaar steeds meer gepleit wordt voor de opname van een vierde dimensie in de psychotherapie, de existentiële zingeving, werkt de traditionele benadering van zingeving(svragen) nog steeds door in de huidige therapeutische begeleiding. Een en ander wordt duidelijk verwoord door Zock (2001, p.17-18), waar zij schrijft, dat behandelaars geneigd zijn om *argwanend* te kijken naar zinvragen. "Zij zien het vaak als weerstand, een cognitief afweermechanisme, als een manier om de confrontatie met persoonlijke conflicten en falen te omzeilen, om de eigen gevoelens van woede, verdriet en mislukking niet onder ogen te hoeven zien".

Zock bevestigt, dat het belangrijk is, dat werkers in de zorg alert zijn op dit soort (*inderdaad bestaande*) mechanismen en de vaardigheid hebben om ze te herkennen.

Echter, dit neemt volgens haar niet weg, dat zingeving *tevens* relevant is voor de behandeling. Een mens "is nu eenmaal op zoek naar betekenis en gebruikt daarbij allerlei betekenisaders. Het cognitief kunnen plaatsnemen van wat je overkomt, is essentieel om grip te krijgen op het leven en om nieuwe zin daarin te kunnen beleven". "Zinvragen kunnen daarom niet weggehouden worden uit de behandeling of daarvan gescheiden worden".

“Behalve als een cognitief afweermechanisme zien behandelaars het gebrek aan zingeving en het vragen naar zin nogal eens puur als uiting van psychopathologie, puur als symptoom”. Ook hier wil Zock relativieren. Het vragen naar zin hoort volgens haar bij de menselijke natuur.

Zij verdedigt de stelling, dat betekenisgeving (en daaraan gekoppeld zingeving) van grote invloed is op het psychisch functioneren en daardoor relevant voor de behandeling.

Deze bijdrage van Zock verheldert en concretiseert de wijze, waarop veel therapeuten (omdat ze dat zo ‘van ouds’ gewend zijn en hebben leren zien) ook nu nog steeds het thema ‘zingeving’ benaderen en hanteren in de therapie.

Een en ander wordt ook gesignaleerd door Van der Lans (2001, p. 8-9). Hij meldt dat in de DSM-IV, de recente editie van het diagnostisch handboek, als nieuwe diagnostische categorie ‘religieuze en spirituele problemen’ is opgenomen. Aanleiding hiertoe was de bezorgdheid van de *samenstellers* “over het feit, dat hulpvragen van patiënten rond spirituele ervaringen te vaak door psychiaters en psychologen worden genegeerd of verkeerd gediagnosticeerd”.

Blijkbaar bevinden we ons in een ‘overgangstijd’, waarin velen wél op een ‘nieuwe’, door onderzoek als waardevol gebleken, wijze tegen de integratie van zingevingsvragen in de therapie aankijken, maar ook velen deze stap naar een andere benadering van zingeving (nog) niet kunnen zetten, mede omdat zij de traditioneel gangbare ideeën binnen hun professie over de plaats van zingeving(svragen) moeilijk kunnen relativieren of achter zich laten.

Een en ander zal nog veel tijd en actieve inzet vragen.

4.5.2. Het zorgbeleid op instellingsniveau.

Bouwer (2004, p. 172-174) wijst op de *mogelijkheid*, dat ook factoren op instellingsniveau de therapeut erin belemmeren om optimaal zorg te kunnen geven aan de cliënt als ‘hele mens’.

Waar doelt Bouwer op?

“Het gaat hierbij om het identificeren van de interne aspecten van materiële of voelbare manifestaties van macht. ... Zijn de bejegening, waardering, arbeidsvoorwaarden en organisatiecultuur zodanig, dat werknemers zichzelf als zorgverlener kunnen ontplooien”? (p. 174).

Het idealiter na te streven beleid van de zorginstelling duidt Bouwer op de volgende wijze:

“Willen instellingen adequate, geïntegreerde en kwalitatief goede zorg bieden, dan zou het zorg moeten zijn aan heel de mens. ... Instellingen voor de gezondheidszorg moeten zich beraden over de relevantie van deze materie [het herkennen van en omgaan met zingevingsvragen van patiënten, M.H.] voor organisatie en beleid (p. 172).

“Instellingen zullen zich ook moeten afvragen wat de notie van spiritualiteit betekent voor de instelling als werkgever. Aspecten als identiteit, visie en missie zullen ... vaste agendapunten in de toekomst moeten blijven. ...

Er zal moeten worden nagedacht over de notie van ‘de spirituele organisatie’ ”(p. 174).

Het lijkt me van belang, dat Bouwer ons attent maakt op factoren op het niveau van management, die van invloed zijn op de wijze, waarop de therapeut zijn professie kan uitoefenen.

Op basis van de notie van Bouwer kunnen we de volgende vraag formuleren:

Laat de organisatiestructuur en het beleid van de instelling een invulling van zorg toe, waarin óók aandacht geschonken kan worden aan vragen en noden van de hulpvrager op het niveau van zingeving, levensbeschouwing en geloof en waarin de therapeut de ruimte ervaart om een vertrouwensrelatie met zijn cliënt op te bouwen, of voelen hulpverleners zich door

arbeidsvoorwaarden en/of tijd- en kostenbesparende beleidsrichtlijnen gedwongen zorg te leveren, die geen mogelijkheid toelaat om aandacht te schenken aan ‘heel de mens’.

Daarnaast roept dit thema een andere vraag bij mij op.

Indien overheid en ziektekostenverzekeraars over zouden gaan tot bezuiniging in de sector geestelijke gezondheidszorg en het management van instellingen zich daardoor genoodzaakt zou zien, maatregelen te nemen die de kwaliteit van de therapeutische begeleiding aantasten, heeft de sector zélf dan wel voldoende het belang aangetoond (via wetenschappelijk onderzoek, via politieke lobby, via PR, ...) om (geld) te investeren in (eventueel langer durende) therapeutische begeleiding, waarin ook expliciet aandacht is voor de zinvragen van de hulpvrager?

We zien dus, dat het zorgbeleid op instellingsniveau *kan* leiden tot minder aandacht voor zinvragen in de therapeutische praktijkvoering, ook als dat tegen de expliciete wens van de therapeut zelf ingaat.

Daarnaast speelt ook de persoon van de therapeut zélf een rol, als het gaat om het opnemen en integreren in de therapie van de factoren zingeving en levensbeschouwing.

Dit komt aan de orde als laatste onderdeel van hoofdstuk vier.

4.5.3. De persoon van de therapeut.

Het moeilijke van een vak als therapeut is, dat ook je eigen mens-zijn bij de uitoefening van het vak is betrokken (het besprokene in 4.5.1. heeft ook raakvlakken met dit thema).

Kuilman (1986, p. 26) signaleerde het volgende: “Het komt mij voor dat het feit dat de zingeving in hulpverleningsrelaties zo weinig aan de orde wordt gesteld, tenminste voor een deel uiting geeft aan de aarzeling, de weerstand en het onbehagen daaromtrent bij de hulpverlener zelf”.

In de literatuur van zeker de laatste twintig jaar wordt het belang benadrukt van de persoonlijke vorming van therapeuten:

Zo is het volgens Debats (2004, p. 3) van belang, dat therapeuten zich bewust zijn van de factoren, die hun eigen leven richting en vervulling geven.

Mooren (1988, p. 64) zegt vrijwel hetzelfde: “Van belang is, dat de therapeut weet heeft van zijn eigen waardenkader, zodat hij minder blinde vlekken heeft in zijn benadering van de cliënt”.

Een en ander moet leiden tot *zelfinzicht*, volgens Mooren een onontbeerlijk element van de professionele deskundigheid (p. 42).

Waarom speelt de therapeut *als mens* nu zo’n belangrijke rol in de therapie?

Wel, hulpverlening voltrekt zich in een therapeutische *relatie*.

Dijkhuis (1988, p. 24) stelt, dat de menselijke vertrouwensrelatie, die de therapeut opbouwt met zijn cliënt, uiteindelijk de *basis* is, waarop het proces van heling en nieuwe zinvinding zich kan ontwikkelen. Hij ziet de persoon van de therapeut als de belangrijkste factor voor het welslagen van de therapie: “Zijn afweer en verdringing, zijn beperkingen in het toelaten van gespreksthema’s, zijn onmacht ... geven de grenzen aan tot waar het bevragen en veranderen van de levensbeschouwing van cliënten mogelijk is. Kortom, een cliënt komt niet verder dan zijn therapeut”.

Het gaat er dus om, dat de therapeut in staat moet zijn, om een *vertrouwensrelatie* op te bouwen.

Mooren (1988, p. 42) zegt het zo: Deze therapeutische relatie “is in de eerste plaats een menselijke relatie, ... die wordt gekenmerkt door vertrouwen, door aandacht, door inlevingsvermogen ... en door begrip voor de wijze waarop de cliënt worstelt met zijn problemen en omstandigheden”. Mooren acht deze *kwaliteit van menselijkheid* essentieel in de therapie.

Als laatste noem ik Leijssen (2004), die ook wijst op het belang van de therapeutische relatie: “Omdat zinloosheid veel te maken heeft met gebrek aan contact en ongezonde relaties, is het authentiek contact dat de therapeut biedt zingevend in het opheffen van het isolement en de vervreemding. De cliënt kan hier en nu ervaren dat menselijk contact betrouwbaar, ondersteunend, voedend en inspirerend kan zijn. De ervaring van met respect behandeld te worden ... leidt bovendien tot een andere visie op zichzelf en geeft meer zelfwaarde. ... Zo is de therapeutische relatie een plek waarin een persoon kan herstellen en helen.”

Het zal niet moeilijk zijn om in te zien, dat ongeïnteresseerde of vooringenomen reacties van de therapeut, maar ook zijn eventuele onzekerheid en als gevolg daarvan angstvallige vermijding van bepaalde onderwerpen, niet bevorderlijk zullen zijn voor het tot stand kunnen komen van de bedoelde vertrouwensrelatie.

Als het in de therapie gaat om *zingevingsproblematiek*, blijkt op de persoon van de therapeut een nóg sterker beroep te worden gedaan. Mooren (1988, p. 43): Vooral op het terrein van de *zingeving* moet de therapeut het hebben “van persoonlijke kwaliteiten zoals inlevingsvermogen, flexibiliteit, tolerantie en zelfbeheersing. Juist op dit terrein worden deze kwaliteiten extra op de proef gesteld, omdat met betrekking tot de zingeving zowel de persoonlijke als de professionele identiteit van de therapeut in het geding is”.

Dezelfde mededeling vinden we ook terug bij Debats (2004, p. 3), die het noodzakelijk acht, dat therapeuten in staat zijn zowel *professioneel* als *persoonlijk* te reageren op existentiële kwesties. Hij beveelt zorgverleners expliciet aan, om existentiële en zingevingsvragen mee te nemen in het therapeutische proces.

Uit deze literatuurbijdrages kan opgemaakt worden, dat in de gebruikelijke professionele opleiding tot psychotherapeut of psychiater ook (veel) aandacht geschonken moet worden aan de persoonlijke vorming en ontwikkeling van de aanstaande therapeut.

Voorwaarde daartoe is, dat de noodzaak hiervan wordt ingezien.

In 4.5.3. wordt gepleit voor de *kwaliteit van menselijkheid* in de therapie, uiteraard naast (de net zo belangrijke) professionele deskundigheid.

Ik wil hoofdstuk 4 afsluiten met een uitspraak van K.H. Bauer, die hier naadloos bij aansluit. Twintig jaar geleden citeerde Lukas (1988, p. 31) deze uitspraak, die sindsdien nog niet aan actualiteit heeft ingeboet:

“Als wetenschap de rots is waarop wij staan, dan zij menselijkheid de ster, waarnaar wij ons richten”.

Als deze ster, door onze aandacht voor haar, zich ontwikkelt tot een zon, dan zal menselijkheid ons én de rots waarop we staan, met haar warmte doorgloeien.

Hoofdstuk 5. Conclusies en aanbevelingen.

5. 1. Conclusies.

In de voorgaande hoofdstukken is literatuuronderzoek gedaan, met als doel de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden.

In dit hoofdstuk is het tijd om na te gaan, in hoeverre het lukt om deze vragen te beantwoorden.

5.1.1. De eerste onderzoeksvraag.

Deze onderzoeksvraag luidde: “In hoeverre hebben cliënten in de GGZ zingeingsvragen”?

Uit het literatuuronderzoek blijkt, dat vele auteurs een verband leggen tussen het hebben van psychische/psychiatrische problematiek en het worstelen met zingeingsvragen.

In de scriptie vinden we deze aanname op veel plaatsen terug.

Zonder anderen te kort te willen doen, verwijs ik in het bijzonder naar de uitspraken van Zock (3.4.6.), Van Kalmthout (4.1.3.), Van Ree (4.3.2.), Verhagen (4.3.7.1.) en Glas (4.3.7.1.).

De vijf auteurs stellen als klaarblijkelijk gegeven, dat psychische problematiek (automatisch) het hebben van zingeingsvragen met zich meebrengt.

Op basis van deze gegevens meen ik te kunnen stellen, dat we er van mogen uitgaan, dat zeer veel, zo niet veruit de meeste cliënten in de GGZ zingeingsvragen zullen hebben.

5.1.2. De tweede onderzoeksvraag.

Deze onderzoeksvraag luidde: “In hoeverre worden deze zingeingsvragen gesignaleerd door de werkers in de GGZ”?

Mooren schrijft in 1989, dat de tendens (langzaam aan) zichtbaar wordt onder psychotherapeuten, om de dimensie zingeving niet langer te veronachtzamen (4.4.3.).

Uit 4.1.2., 4.3.2. en 4.3.7.1. blijkt, dat rond het jaar 2000 inmiddels een groeiend aantal psychotherapeuten én psychiaters belang toekent aan het schenken van aandacht aan zingeingsvragen, levensbeschouwing en religie in de therapeutische begeleiding en behandeling.

Expliciet lezen we bij Van der Lans (2001), dat aandacht voor de rol van zingeving bij psychische problematiek onder *werkers in de GGZ* is toegenomen (4.1.2.).

Zock constateert, eveneens in 2001, een groeiende interesse voor spiritualiteit, zingeving en levensbeschouwing *binnen de GGZ* (4.4.5.).

Uit deze toenemende aandacht van therapeuten voor zingeingsvragen bij de cliënt kunnen we mijns inziens concluderen, dat deze vragen door de werkers in de GGZ (in ieder geval ‘steeds meer’) gesignaleerd worden. Maar *in hoeverre?*

Ik meen hierover geen expliciete uitspraak te kunnen doen.

Eerzijds zagen we de uitkomst van een onderzoek van Pieper & Van Uden (4.4.4.).

Van de responderende therapeuten (voornamelijk psychotherapeuten) gaf 83 % aan, het belangrijk te vinden, dat al in de opleiding aandacht wordt besteed aan het herkennen van- en omgaan met levensbeschouwelijke- en geloofsproblematiek. Op basis hiervan kunnen we aannemen, dat een respectabel aantal psychotherapeuten op zijn minst *signaleert*, dat de cliënt zingeingsvragen heeft.

Anderzijds wordt in de literatuur gesproken over de “momenteel dominante symptoomgerichte psychotherapie” (4.2.2.1.1.) en tevens over de momentele “suprematie” van de empiristische benadering in de psychiatrie (Kal, 4.3.1.; Mooij, 4.3.3.; Van Praag, 4.3.6.).

Binnen deze benadering zal geen aandacht zijn voor zingevingsvragen. *Mogelijk* worden deze vragen ook niet door de hulpverlener signaleerd.

Ik moet vooralsnog open laten, *in hoeverre* ‘de’ werker in de GGZ zingevingsvragen signaleert bij de hulpvrager. Hier kom ik op terug bij mijn aanbevelingen voor nader onderzoek.

5.1.3. De derde onderzoeksvraag.

Deze vraag luidde: “In hoeverre worden zingevingsvragen betrokken bij de therapie of behandeling door werkers in de GGZ”?

Uit dit literatuuronderzoek blijkt, dat de antwoorden op deze vraag nauw verweven zijn met het ziektemodel, dat de hulpverlener hanteert.

Bovendien wil ik de beantwoording van deze vraag verbinden met de mogelijke verschillen tussen psychiaters en psychotherapeuten, wat betreft het betrekken van zingevingsproblematiek bij de behandeling of therapie.

Ik stel voor, om de beantwoording van deze derde onderzoeksvraag mee te nemen bij de beantwoording van de vierde en zesde onderzoeksvraag.

Na de beantwoording van vraag zes zullen we een beeld kunnen schetsen, als antwoord op vraag drie.

5.1.4. De vierde onderzoeksvraag.

Deze vraag luidde: “Hoe hangt de aandacht voor zingevingsvragen samen met het ziektemodel, dat de werker in de GGZ hanteert?”

Wat betreft ‘de werker in de GGZ’ heb ik in deze literatuurstudie onderscheid gemaakt tussen ‘de psychiater’ en ‘de psychotherapeut’.

Vervolgens heb ik mijn aandacht gericht op de wijze, waarop de psychiater zijn patiënten benadert en behandelt en de psychotherapeut zijn cliënten begeleidt: vanuit welk ziektemodel werken zij en wat betekent dat voor de aandacht, die de hulpverlener heeft en de plaats, die hij toekent aan de zingevingsproblematiek van de hulpvrager.

Uit de literatuur bleek, dat de aandacht voor zingevingsproblematiek direct samenhangt met het gehanteerde ziektemodel. Het ziektemodel van waaruit de hulpverlener werkt, verradert zijn visie op de mens en zijn visie op de factoren, die een rol spelen bij ziek worden, ziek zijn en genezen.

Ik geef de conclusies met betrekking tot beide beroepsgroepen apart weer.

De psychiater in de GGZ.

In de psychiatrie blijken we te maken te hebben met twee volstrekt aan elkaar tegengestelde benaderingswijzen, door Mooij aangeduid als de symptomatische ofwel empiristische benaderingswijze versus de hermeneutische benaderingswijze (4.3.3.).

De empiristische benaderingswijze blijkt te passen bij het ons bekende biomedische model. Hierin is dus per definitie *geen* plaats voor zingevingsvragen (2.3.2.1., 4.2.2. en 4.3.3.).

De hermeneutische benaderingswijze (4.3.7.) vertoont ons inziens veel gelijkenis met de benadering vanuit het biopsychosociaalspirituele model. De hulpverlener, die werkt vanuit het

biopsychosociaalspirituele model heeft volop aandacht en zorg voor ‘heel de mens’, dat wil zeggen, voor de vier dimensies, die bij het mens-zijn horen en die zijns inziens alle vier betrokken zijn bij ziek worden, ziek zijn en helen (2.3.2.3.).

In de hermeneutische benaderingswijze hebben spirituele, existentiële en levensbeschouwelijke (religieuze) vragen van de patiënt eveneens een *vaste* plaats.

De psychotherapeut in de GGZ.

In de literatuur kwamen we al snel op het spoor van drie benaderingswijzen in de psychotherapeutische GGZ-praktijk (4.2.): de persoonsgerichte, de probleemgerichte en de symptoomgerichte benadering.

De persoonsgerichte benaderingswijze werkt vanuit een holistisch mensbeeld. Hierin is aandacht voor ‘heel de mens’, inclusief zijn spirituele, existentiële en religieuze vragen. Zingevingsproblematiek heeft hierin *een vaste, geïntegreerde* plaats. We meenden, deze benaderingswijze, evenals de hermeneutische benaderingswijze in de psychiatrie, te kunnen koppelen aan het biopsychosociaalspirituele ziektemodel (4.2.1., 2.3.2.3.).

De persoonsgericht werkende psychotherapeut blijkt zich echter bijna volledig teruggetrokken te hebben uit de institutionele GGZ.

Binnen de institutionele GGZ vinden we dus vooral twee psychotherapeutische benaderingswijzen, de probleemgerichte benadering en de symptoomgerichte benadering.

De probleemgerichte benadering is de meest recente benaderingswijze. Deze tracht zich, liefst kortdurend, bezig te houden met de oplossing van ‘het probleem’.

In deze benadering is *geen expliciete* aandacht voor in de persoon levende zingevingsvragen (4.2.3.). Mocht het zo zijn, dat de hulpvrager *expliciet* een zingevingsprobleem op tafel legt, als zijnde ‘het probleem’, dan zal hier ongetwijfeld wel aandacht aan geschonken worden.

Aangezien de therapeut zich in zijn begeleiding bepaalt bij het door de cliënt aangedragen probleem, hebben zingevingsvragen hier mijns inziens *geen vaste, geïntegreerde* plaats.

De symptoomgerichte psychotherapeutische benadering blijkt, evenals de empiristische richting in de psychiatrie, verwant te zijn aan het biomedische model. Hierin is géén plaats voor de geestelijke dimensie van de mens (4.2.2.). Aan zingeving ‘wordt niet gedaan’.

In de GGZ lijken we dus het biopsychosociaalspirituele model met zijn expliciete aandacht voor ‘heel de mens’ (dus óók voor zijn zingevingsvragen) terug te kunnen vinden in wat genoemd wordt de persoonsgerichte benadering (in de psychotherapeutische beroepsuitoefening) en de hermeneutische benadering (in de psychiatrische beroepsuitoefening).

5.1.5. De vijfde onderzoeksvraag.

Deze vraag luidde: “Blijkt uit de literatuur, of er verschillen zijn tussen enerzijds de psychiatrische en anderzijds de psychotherapeutische praktijkvoering, wat betreft de aandacht voor en plaats van zingevingsvragen van de hulpvrager?”

Als we deze vraag goed lezen, kunnen we hier feitelijk volstaan met een kort antwoord: ‘ja’ of ‘nee’. Op basis van het onderzoek meen ik, naast overeenkomsten, ook een verschil te kunnen constateren wat betreft de aandacht voor en plaats van zingeving in beide professies.

Voor een nadere toelichting ga ik nu verder naar de zesde onderzoeksvraag.

5.1.6. De zesde onderzoeksvraag.

Deze vraag luidde: “Zo ja, hoe valt dit verschil te benoemen en eventueel te verklaren?”

5.1.6.1. Hoe valt dit verschil te benoemen?

Eerst wil ik wijzen op twee overeenkomsten tussen beide beroepsgroepen, waardoor het zou kunnen lijken, dat er vrijwel geen verschillen tussen beide bestaan.

- In de psychiatrie treffen we twee, aan elkaar tegengestelde, richtingen aan. Nu loopt deze tweedeling door de *gehele* geestelijke gezondheidszorg. Ook in de psychotherapie treffen we deze tweedeling aan, in de vorm van de symptoomgerichte versus de persoonsgerichte psychotherapie (4.2.2.1.1.).
- In de *psychiatrie* blijken we momenteel te maken te hebben met een suprematie van de empiristische richting. In 4.2.2.1.1. kwamen we echter een ontwikkeling op het spoor, die *eveneens* wijst op een dominantie van de symptoomgerichte *psychotherapie*.

Toch meen ik, dat we ook een verschil kunnen signaleren tussen de beide beroepsgroepen. Alvorens te trachten hier een omschrijving van te geven, vermeld ik een vijftal passages uit de literatuur, die mijns inziens dit verschil tussen de psychotherapeutische en de psychiatrische praktijkvoering in de GGZ verduidelijken.

1. Bij Hutschemaekers & Festen lezen we, dat de hulpverleners zelf ambigu blijken te zijn over de plaats van zingeving in de behandeling. Uitgesproken *voorstanders* voor het opnemen van het thema ‘zingeving’ in de behandeling zouden we voornamelijk in de kring van *psychotherapeuten* kunnen vinden, terwijl ‘*anderen*’ (psychiaters? M.H.) er juist uiterst sceptisch over blijken te zijn (4.2.2.1.1.).
2. Bij Zock (4.4.5.) lezen we iets van dezelfde strekking, namelijk dat geestelijk verzorgers en behandelaars twee verschillende talen spreken. Een van de verschillen, die zij signaleert, omschrijft ze als volgt: “De *psychiater gebruikt medische, natuurwetenschappelijke taal voor een proces dat zich in de hersenen afspeelt.*” Deze natuurwetenschappelijke taal, zegt Zock vervolgens, “overheerst in de psychiatrie en -in mindere mate- in de psychologie” (waartoe ook de *psychotherapie* gerekend kan worden, M.H.). Deze zelfde tendens blijken we ook in dit literatuuronderzoek terug te vinden.
3. In de derde plaats verwijzen we naar een onderzoek van Pieper & Van Uden onder RIAGG therapeuten (4.4.4.). 83 % van de respondenten vindt het belangrijk, dat al in de opleiding aandacht wordt besteed aan het herkennen van en omgaan met levensbeschouwelijke en geloofsproblematiek. Velen voelen zich bovendien onvoldoende vaardig om met dit soort vragen om te gaan. Zij geven hiermee blijk, zingevingsproblematiek wel bij de therapie te *willen* betrekken en hier ook het belang van in te zien. In hoeverre dit nu al concreet gebeurt, blijft de vraag. Het zal ongetwijfeld (af en toe) geprobeerd worden, maar gezien de onzekerheid en het gebrek aan vaardigheid dat de therapeut aangeeft, zal zingeving nog niet een *geïntegreerde* plaats hebben in de psychotherapie.
4. In de literatuur (4.4.5.) lezen we, dat de psychotherapeut binnen de institutionele GGZ *niet twijfelt aan de kracht en de zin van de persoonsgerichte benadering*; dit ondanks het feit, dat deze benadering snel aan het verdwijnen is uit de institutionele GGZ.

Spreekt hier uit, dat de psychotherapeut deze benadering nog steeds kan waarderen, maar ‘het niet ziet zitten’ om zelf vanuit deze benadering te werken? Deze vraag en mogelijke andere opties vragen nog meer (empirisch) onderzoek.

5. In de literatuur wordt vermeld (4.2.2.1.1.), dat vrij recent een nieuwe psychotherapievorm is ontstaan, de kortdurende, probleemgerichte therapie. Deze therapievariant zou de opmars van de symptoomgerichte psychotherapie enigszins getemperd hebben. In hoeverre psychotherapeuten in de GGZ werken vanuit deze benadering, wordt niet vermeld, maar ik ga uit van een niet te verwaarlozen percentage. Dit, gezien de aandacht die deze therapievorm krijgt (concretere uitspraken vereisen verder onderzoek). Een van de doelen die men nastreeft, is het bewerkstelligen van “empowerment” bij de cliënt. Het gaat om het opnieuw regisseur worden van je eigen leven (4.2.3.1.). Ook al beperkt men zich in deze benadering tot ‘het’ probleem, het nastreven van ‘empowerment’ wijst op aandacht voor het bevorderen van de autonomie van een persoon (M.H.). Hiermee begeeft de therapeut zich op het vlak van de innerlijke beleving van de cliënt.

De tendens die we op het spoor zijn gekomen betreft zowel het niveau van kennis, als vaardigheid en attitude en laat zich als volgt omschrijven:

Onder psychotherapeuten vinden we vooral de voorstanders van het opnemen van zingevingsproblematiek in hun therapeutische begeleiding (kennisniveau, attitudeniveau). Ook als ze zélf een andere benadering kiezen, misschien omdat ze ‘niet goed weten’ hoe met zingevingsvragen om te gaan (vaardigheidsniveau, kennisniveau), dan nóg twijfelen ze (vaak niet aan de ‘kracht en de zin’ van een benadering, waarin aandacht is voor de cliënt als heel mens (de persoonsgerichte benadering) (kennisniveau en attitudeniveau). Psychotherapeuten zullen zingeving(svragen) gemakkelijker kunnen beschouwen als ‘psychische activiteit’, die alleen daarom al een plaats zou(den) moeten hebben in de therapie (kennisniveau, attitudeniveau).

Onder psychiaters lijkt een duidelijkere, ‘hardere’ ‘scheidslijn’ zichtbaar te worden: óf we hebben te maken met een psychiater, die zingevingsproblematiek vanzelfsprekend zou willen betrekken bij de behandeling/therapie van zijn patiënt en op dezelfde lijn ligt als ‘de’ psychotherapeut óf we hebben te maken met een psychiater, die meent, dat zingevingsproblematiek niets te maken heeft met de psychiatrische klacht (kennisniveau) en voor deze zaken volstrekt geen aandacht heeft (attitudeniveau).

5.1.6.2. Hoe valt dit verschil eventueel te verklaren?

Mijns inziens valt het verschil, dat ik neem waar te nemen tussen enerzijds de psychiatrische en anderzijds de psychotherapeutische praktijkvoering, wat betreft de aandacht en de plaats die gegeven worden aan de zingevingsvragen van de hulpvrager, terug te voeren naar een verschil in mensbeeld, tot uiting komend in de aangehangen wetenschapsvisie.

In 4.3.9. citeerden we Van Belzen. Hij liet zien, dat men de psychiatrie, toen zij in 1885 als zelfstandige discipline haar intrede deed, “wenste te beoefenen zoals de *medische* wetenschap en praktijk dat gewoon is. Men zou de verschijnselen en dragende subjecten gaan beschouwen op de wijze der geneeskunde, die voor haar grondslagen, theorieën en therapieën steunt op een natuurwetenschappelijke benadering van de werkelijkheid. Verschijnselen werden daarmee tot ziektes, subjecten tot patiënten.”

Ook tegenwoordig, ruim een eeuw later, vat de empirisch georiënteerde psychiater zijn vakgebied op als thuis horend bij de *natuurwetenschappen*. Hierbij hoort de eerder beschreven (2.3.2.1., 4.2.2.) benadering van ‘de werkelijkheid’, in casu de hulp behoevende mens.

In 4.3.6. lezen we, dat vanaf de jaren tachtig de opmars begon van de *biologische* psychiatrie. De aandacht voor zingeving, levensbeschouwing en geloof verdween uit deze discipline, waarin de behandeling een ééndimensionaal, symptomatisch karakter kreeg (zie ook 4.3.1.). Vanaf nu gelden slechts de ‘verworvenheden van de geneeskunde’.

Mooij wijst ook op het natuurwetenschappelijke karakter van deze symptomatische benaderingswijze, die *momenteel sterk overheersend* is in de psychiatrie (4.3.3.).

In de citaten van Van Belzen vinden we deze ontwikkeling eveneens bevestigd (4.3.8.2.). Psychiatrie wordt door hem namelijk neergezet als een medisch-(natuur)wetenschappelijke benadering van geestesziekte.

Vervolgens meenden we uit de citaten te kunnen opmaken, dat de psychiater, werkend vanuit deze benadering, aanneemt, dat de *religieuze* werkelijkheid van de cliënt geen deel uitmaakt van de *psychische* werkelijkheid van dezelfde cliënt (citaat 12). Religie wordt gezien als een apart domein, losstaande van het psychische en daarmee *niet behorende* tot de discipline psychiatrie. Dit valt ook op te maken uit de citaten 1, 2, 3, 7 en 8 van Van Belzen. Ook zinverlies staat allicht los van de psychische werkelijkheid van de patiënt (citaat 16).

De hermeneutisch georiënteerde psychiater wenst de werkelijkheid niet ‘verklarend’, maar ‘begrijpend’ te benaderen. Zijn beeld van ‘de werkelijkheid’ verschilt van dat van zijn empirisch werkende collega en lijkt eerder overeen te komen met de visie van de (meeste) psychotherapeuten. Zijn empiristisch georiënteerde collega’s zijn echter veruit in de meerderheid. In de psychiatrie blijkt het verschil tussen beide richtingen, behalve groot, ook principieel te zijn: de hermeneutisch werkende psychiater onderkent het grote belang van het integreren van zingevingsvragen, levensbeschouwing en religie in zijn praktijkvoering, om zo zicht te krijgen op het psychisch functioneren van zijn patiënt en diens problematiek.

De niet-hermeneutisch werkende psychiater lijkt deze factoren niet van belang te achten als hulpmiddel bij de diagnosestelling en de behandeling, aangezien religie (en daarmee levensbeschouwing) *niets van doen* heeft met het psychiatrisch perspectief. Ook voor zingevingsvragen zal in de niet-hermeneutische richting derhalve weinig of geen plaats zijn, aangezien levensbeschouwing (geloof) onmisbaar is bij het proces van zinvinding (3.3.2.1.). Nader empirisch onderzoek zou een en ander m.i. genuanceerder in beeld moeten brengen.

Het verschil, dat ik meen waar te nemen tussen de beide beroepsgroepen betreft dus vooral de vanzelfsprekendheid, waarmee veel psychotherapeuten beamen, dat zingevingsvragen en levensbeschouwelijke problematiek een (vaste) plaats zou *moeten* hebben in de psychotherapie, omdat het daar thuis hoort. Dit in tegenstelling tot de (grote groep) empiristisch werkende psychiaters, die menen, dat deze thema’s los staan van de problematiek van hun patiënten.

Voor mijn gevoel raken we hier aan een wezenlijk verschil tussen enerzijds de empiristisch georiënteerde psychiater (zijnde een arts, die psychiatrie laat scharen onder de natuurwetenschappen) en anderzijds psychotherapeuten, die opgeleid zijn in een discipline die we tot de menswetenschappen kunnen rekenen.

De discipline psychologie wordt gerekend tot de *menswetenschappen*. Ruim een eeuw geleden troffen we in deze, zich ontwikkelende discipline ook een mechanistisch mensbeeld aan. Geleidelijk aan kwam er meer interesse in wat een mens juist *innerlijk* beweegt. De humanistische psychologie (vanaf ca. 1950, Rogers, Maslow) toonde veel belangstelling voor het *gevoels*leven van de mens. De cognitieve stroming (vanaf ca. 1970) had juist veel aandacht voor de invloed van het *denken* en de eigen opvattingen op het psychisch functioneren van het individu. We zien nu een personalistisch mensbeeld te voorschijn komen.

Ook onder psychologen zullen we *nog steeds* een mechanistisch getint mensbeeld kunnen aantreffen, maar niet in die mate als het geval blijkt te zijn bij psychiaters. De genoemde jongere stromingen in de psychologie en de daarmee harmoniërende wetenschapsvisie zullen

ongetwijfeld de visie van de aankomend psycholoog tijdens zijn opleiding beïnvloeden en vormen.

Een psychotherapeut zal allicht minder moeite hebben om het belang in te zien van het betrekken van zingevingsproblematiek, levensbeschouwelijke en geloofsvragen bij de begeleiding van zijn cliënt, aangezien ook deze vragen tot diens innerlijke belevingswereld behoren, tot zijn psychische werkelijkheid.

5.1.6.3. Beantwoording van de derde onderzoeksvraag.

Deze vraag luidde: “In hoeverre worden zingevingsvragen betrokken bij de therapie of behandeling door werkers in de GGZ”?

Bij de beantwoording van de vierde onderzoeksvraag zagen we, dat het betrekken van zingevingsvragen bij de therapie of behandeling door werkers in de GGZ samenhangt met het ziektemodel, dat zij hanteren.

Nu we weten, waar en bij benadering ‘in welke mate’ vanuit welk ziektemodel gewerkt wordt in de GGZ, kunnen we antwoord geven op de derde onderzoeksvraag.

De plaats van zingeving(svragen) in de psychiatrie.

Uit het literatuuronderzoek bleek, dat een vaste, geïntegreerde plaats voor zingevingsvragen, die bij de patiënt leven, wordt ingeruimd door de *hermeneutisch georiënteerde psychiater*. In de psychiatrie blijkt evenwel sprake te zijn van een suprematie van de *empiristische benadering*. In deze benadering is geen plaats voor zingevingsproblematiek. “Medicatie is in de behandeling het belangrijkste therapeutische instrument” (4.3.6.).

Aangezien gesproken wordt van een *suprematie* van de empiristische benadering, mogen we ervan uitgaan dat deze benadering door aanzienlijk meer dan 50 % van de psychiaters gehanteerd wordt.

Laten we nu eens hypothetisch (empirisch onderzoek zou moeten volgen) ervan uitgaan, dat het gaat om 70% van de psychiaters, die volgens de empiristische invalshoek te werk gaat.

We kunnen dan vervolgens zeggen, dat in slechts 30 % van de psychiatrische behandelingen ruimte is voor zingevingsproblematiek van de patiënt.

Al kan het percentage iets variëren, veel rooskleuriger zal het beeld, als we afgaan op de informatie *uit de gebruikte literatuur*, niet kunnen worden.

De plaats van zingeving(svragen) in de psychotherapie.

Bij de beantwoording van de vraag, in hoeverre zingevingsvragen van de cliënten door psychotherapeuten betrokken worden bij de therapie, maken we onderscheid tussen de institutionele en de niet aan een instelling gebonden GGZ.

In de psychotherapeutische praktijk bleken we drie benaderingswijzen tegen te kunnen komen (4.2.1., 4.2.2. en 4.2.3.). Expliciete aandacht voor zingevingsproblematiek vonden we *alleen* terug bij de persoonsgericht werkende psychotherapeut. Deze heeft zich echter vrijwel geheel uit de institutionele GGZ teruggetrokken (4.2.2.1.1., 4.2.4.).

In de institutionele GGZ vinden we voornamelijk de twee overige benaderingswijzen, te weten: de symptoomgerichte benaderingswijze en de probleemgerichte benaderingswijze.

Enkele bevindingen ten aanzien van de symptoomgerichte benadering zijn de volgende:

Het beeld, dat in de literatuur geschetst wordt, is dat van “een momenteel dominante, symptoomgerichte psychotherapie”. Men wenst in deze benadering vooral in te zetten op specifieke

interventies. Met het verdwijnen van de persoonsgerichte psychotherapie heeft het thema van zingeving binnen de reguliere GGZ behoorlijk ingeboet: “In plaats van meer ruimte te creëren voor zingeving constateren we een tegenovergestelde beweging: steeds uitdrukkelijker wordt geopteerd voor een GGZ die zich bekent tot een geneeskunde, die gericht is op het wegnemen of verminderen van symptomen” (4.2.2.1.1.). Dit is duidelijke taal. In de symptoomgerichte psychotherapeutische werkwijze is *geen* plaats voor zingevingproblematiek (4.2.2.1.1.).

In de probleemgerichte psychotherapie zou in principe plaats kunnen zijn voor de zinvraag van de cliënt. Echter, de probleemgerichte werkende psychotherapeut houdt zich specifiek, eenzijdig bezig met ‘het probleem’. Indien de cliënt zich niet geheel bewust is van zingevingsvragen of er zelf niet over begint, zal deze dimensie buiten beeld blijven (zie 3.4.5., punt 3 en 4). De aandacht voor en plaats van zingevingproblematiek heeft op deze wijze *mogelijk* een incidenteel, ongestructureerd karakter. Om concretere uitspraken te kunnen doen is verder empirisch onderzoek nodig.

Vergeleken met de symptoomgerichte psychotherapie, zal in de probleemgerichte psychotherapie echter *potentieel* ruimte zijn voor zingevingsvragen van de cliënt.

In de institutionele psychotherapeutische GGZ-praktijk zullen we, op basis van deze gegevens, dus vrijwel nergens een *vaste* plaats aantreffen voor de zingevingproblematiek van de cliënt (behalve bij de eventueel in kleine getale nog overgebleven persoonsgerichte werkende therapeuten). Deze vaste plaats is wel te vinden *buiten* de institutionele GGZ en wel in de particuliere praktijk van de persoonsgerichte werkende psychotherapeut. In de literatuur vinden we geen antwoord op de vraag, hoe groot hun aantal is, vergeleken met de in de institutionele GGZ werkzame psychotherapeuten.

Samenvattend kunnen we, op basis van de literatuur, bij benadering het volgende zeggen over de vraag, *in hoeverre* zingeving(svragen) van de cliënten door psychotherapeuten betrokken worden bij de therapie in de *institutionele* psychotherapeutische GGZ-praktijk:

Stel, dat we het percentage van symptoomgerichte werkende psychotherapeuten op 55 % inschatten (dus slechts in *lichte* mate dominant te noemen), het aantal therapeuten dat persoonsgericht werkt op 5 %, dan resteert voor de probleemgerichte werkende therapeuten 40 %.

Als we vervolgens het percentage van de probleemgerichte consulten, waarin zingevingproblematiek aan de orde komt, op 50 % stellen (aan de hoge kant, denk ik, M.H.), dan zou toch nog in 75 % van de psychotherapeutische consulten in de institutionele GGZ zingevingproblematiek *niet* bij de therapie betrokken worden! (Dit percentage is samengesteld uit de consulten van de symptoomgerichte werkende therapeut (55%), samen met de helft (20%) van de consulten van de probleemgerichte werkende psychotherapeut).

Een voorzichtige schatting met betrekking tot de *psychiatrische* praktijkvoering bracht dit percentage, zoals we zagen, bij benadering op 70 %.

Als we uitgaan van de gebruikte literatuur is het waarschijnlijk, dat in aanzienlijk minder dan de helft van de consulten en behandelingen in de institutionele GGZ zingevingsvragen van de cliënt of patiënt aan de orde komen en bij de therapie of behandeling betrokken worden.

Hiernaast staat de conclusie uit onze eerste onderzoeksvraag (5.1.1.), dat heel veel, zo niet *bijna alle* cliënten in de GGZ zingevingsvragen zullen hebben!

Deze bevinding sluit nog steeds aan bij de conclusie van zowel Debats (1988) als Zock (2001) (4.4.5.), dat we, ondanks een groeiende interesse voor spiritualiteit, zingeving en levensbeschouwing binnen de GGZ, op dit moment nog niet kunnen spreken van een *integratie* van zingeving en levensbeschouwing in de behandeling en begeleiding van patiënten en cliënten.

Op basis van de literatuur kunnen we ook twee positieve kanttekeningen plaatsen naast de niet al te bemoedigende stand van zaken, waartoe we menen te moeten concluderen.

- Uit het onderzoek van Pieper & Van Uden (4.4.4.) bleek 83 % van de responderende psychotherapeuten vragen op het gebied van geloof/levensbeschouwing en zingeving graag in de therapeutische setting te willen integreren. Iets van deze intentie zouden we toch terug moeten kunnen vinden in de institutionele GGZ. Dit vraagt om nader onderzoek.
- Corveleyn (4.3.6.) spreekt van een voortdurende golfbeweging in de geschiedenis van de verhouding tussen psychiatrie en religie. Wie weet, worden we binnen afzienbare tijd meegenomen door een nieuwe golfbeweging, die ook de integratie van de geestelijke dimensie van de mens in de zorg met zich meebrengt.

5.2. Aanbevelingen.

Op basis van deze literatuurstudie en de beantwoording van de onderzoeksvragen doe ik zes aanbevelingen voor nader empirisch onderzoek en twee beleidsaanbevelingen.

Aanbevelingen voor empirisch onderzoek.

- Het zou verhelderend en leerzaam zijn, om de ervaringen van (ex)patiënten en (ex)cliënten in een uitgebreid kwalitatief (half gestructureerd) onderzoek in beeld te brengen, gekoppeld aan het ziektemodel, van waaruit de therapeut werkt of gewerkt heeft:
Welke aspecten in de therapeutische setting hebben geholpen bij de genezing en bij het eventueel weer vinden van 'zin'. Welke factoren hebben dit juist belemmerd? Spelen levensbeschouwelijke, religieuze en spirituele interventies daarbij een rol en in welk opzicht wel of juist niet? Welke factoren noemt de patiënt/cliënt, als de therapie volgens hem (niet) naar wens verlopen is. Welke factoren blijken daarbij van doorslaggevende betekenis te zijn? Blijken bij klachten of juist bij tevredenheid vaak dezelfde factoren een rol te spelen? Betreft het vooral de kennis van de therapeut, de vaardigheid van de therapeut of de attitude van de therapeut en zo ja, in welk specifiek opzicht?
Vooral over de uitwerking van de *interactie* tussen therapeut en hulpvrager lijkt het me zinvol om meer ervaringsgegevens te vergaren: welke houding, gedrag, uitspraken, reacties, non-verbale signalen, etc. blijken welke gevoelens/reacties op te roepen, zowel in positieve, helende zin als in negatieve, genezing in de weg staande zin. Vervolgens kan, met behulp van de vele, concrete ervaringsgegevens in kaart worden gebracht, welke factoren/aspecten van het persoonlijk en professioneel functioneren van de therapeut een rol van betekenis spelen, wil men heling van psychische problematiek bewerkstelligen.
- Kwalitatief onderzoek onder psychotherapeuten naar de *motivatie* van de keus van het ziektemodel dat zij hanteren, lijkt mij eveneens verhelderend. Als binnen de institutionele, psychotherapeutische GGZ namelijk *niet wordt getwijfeld* aan de kracht en de zin van de persoonsgerichte benadering (4.4.5.) en als bovendien uit onderzoek blijkt, dat een hoog percentage psychotherapeuten, werkend in een GGZ-instelling, zingevingproblematiek en geloofsvragen bij de therapie zou willen betrekken (4.4.4.), dan valt moeilijk te verklaren, dat momenteel in de GGZ juist de *symptoomgerichte* benadering overheerst.
Waarom kiest de symptoomgericht werkende therapeut bij *niet* voor de persoonsgerichte benadering, als hij deze wél kan waarderen? Kiest de symptoomgericht werkende psychotherapeut *principieel*, uit overtuiging, voor deze mechanistische wijze van therapiebeoefening?

ning of zou hij (psycholoog zijnde) eigenlijk meer aandacht willen schenken aan de innerlijke beleving van zijn cliënt, maar voelt hij zich hiertoe bijvoorbeeld niet bekwaam. Welke factoren bepalen zijn keuze voor het werken vanuit dit ziektemodel.

Dezelfde vragen kunnen gesteld worden aan de probleemgericht werkende psychotherapeut: wat doet deze therapeut besluiten, om niet symptoomgericht te werken, maar ook niet persoonsgericht. Hoe kijkt hij aan tegen integratie van zingevingsproblematiek in de therapeutische begeleiding en tegen de invloed van zingevingsproblematiek überhaupt op de psychische klachten van zijn cliënt? Het gaat hierbij om het krijgen van een gedifferentieerder beeld van de aandacht voor en de plaats van zingevingsproblematiek in de concrete psychotherapeutische institutionele GGZ-praktijk.

- Kwalitatief onderzoek onder psychiaters, wat betreft hun aandacht voor zingevingsproblematiek en de plaats die zij deze zouden willen geven in de behandeling is verhelderend, om een genuanceerd, actueel beeld te krijgen van de huidige situatie in de psychiatrie. Overheerst nog steeds de ‘biomedische’ richting; meent het merendeel van de psychiaters inderdaad, dat zingevingsproblematiek ‘niets van doen’ heeft met psychiatrie; hoe beoordeelt de psychiater ‘het verschijnsel’ zingevingsvragen; zou de psychiater onder bepaalde voorwaarden zingevingsproblematiek willen betrekken bij de behandeling en zo ja, welke zijn die voorwaarden dan; acht de psychiater zichzelf deskundig, om met zingevingsvragen om te gaan, etc.
- Uit de literatuur bleek, dat symptoomgerichte psychotherapieën effectief zijn (4.2.2.1.1.). Uit een onderzoek van Debats kwam echter naar voren dat, als de therapeut niet *expliciet* aandacht heeft voor zingeving, we bij 87 % van de cliënten weliswaar een verbetering zien van de symptomen, maar dat tegelijkertijd slechts in 34 % van de gevallen sprake is van *meer zin* in het leven (4.2.3.3.).
Het lijkt me zinvol, om onder cliënten van een symptoomgericht werkende psychotherapeut longitudinaal onderzoek te doen: Na beëindiging van een geslaagde therapie wordt nagegaan, wat de klacht was, hoe die klacht verholpen is, hoe de cliënt nu weer verder zegt te kunnen in het dagelijkse leven, etc.
Na twee of drie jaar volgt een follow-up onderzoek: Kan de cliënt nog steeds zelf ‘verder’, blijkt het gunstige effect van de therapie een blijvend karakter te hebben of doen zich opnieuw (dezelfde, vergelijkbare of andere) psychische problemen voor, etc.
Een zelfde onderzoek kan, ter vergelijking, gehouden worden onder ex-patiënten van zowel persoonsgericht werkende als probleemgericht werkende psychotherapeuten.
Zo kan nagegaan worden of de symptoomgerichte psychotherapie ook op langere termijn effectief blijkt te zijn. Daarnaast kan deze effectiviteit vergeleken worden met die van de andere twee therapievormen.
- Het lijkt me zinvol, om in kwalitatief onderzoek onder eerstejaars én ouderejaars studenten geneeskunde te onderzoeken, hoe zij tegen de specialisatie ‘psychiatrie’ aankijken. Hebben zingevingsvragen volgens deze studenten een plaats in deze specialisatie? Wat hoort volgens hen tot de professie van de psychiater en wat *niet*? Via een uitgebreide vragenlijst, met ook enige open vragen, kunnen we beeld krijgen van hun opvattingen.
Door het onderzoek onder bijvoorbeeld vierdejaarsstudenten te herhalen, kunnen we een beeld krijgen van de uitwerking van de kennisoverdracht op de studenten. De uitkomsten kunnen vervolgens gebruikt worden voor het gericht aanpassen van het onderwijsaanbod.
- Het lijkt me verhelderend om te achterhalen welke factoren geleid hebben tot de keuze van de persoonsgericht werkende psychotherapeut om zich terug te trekken uit de institutionele

GGZ en een eigen praktijk te gaan voeren. Een dergelijk onderzoek zal een completer beeld geven van het zorgbeleid in de institutionele GGZ en van de aandacht en plaats voor de zingevingsproblematiek van de cliënt daarbinnen in het bijzonder.

Twee beleidsaanbevelingen.

- In de literatuur werd herhaaldelijk gewezen op de dringende noodzaak van een goede scholing. Ik sluit me hier van harte bij aan.

a. scholing in de professionele opleiding.

- Het zal niet verwonderen, dat in de literatuur scholing van de aankomende psychiater belangrijk wordt geacht. Verhagen (2003, p. 157-171) heeft hier een verhelderend artikel over geschreven. Zijn bijdrage gaat over de opleiding van arts-assistenten tot psychiater, een opleiding, waarin hij een vanzelfsprekende plaats zou willen toekennen aan religie en spiritualiteit.

Ik zou eraan willen toevoegen, dat het m.i. gewenst is, om vooral de leerdoelen met betrekking tot kennis al in *de eerste twee jaren* van de studie geneeskunde aan bod te laten komen. Iedere basisarts is gebaat bij inzicht aangaande de invloed van psychische en geestelijke/spirituele factoren op ziekte en gezondheid.

Daarnaast komt in het tweede studiejaar psychiatrie aan de orde en vormen de studenten zich daar dus al een *beeld* van. Het is bij deze eerste kennismaking met de discipline psychiatrie van belang, dat ze óók al onderzoeksresultaten en recente, theoretische inzichten meekrijgen, op het gebied van de relatie tussen zingevingsproblematiek, levensbeschouwelijke opvattingen en existentiële en spirituele thema's enerzijds en psychische gezondheid en welbevinden, ziek worden en weer helen anderzijds. Hoe beïnvloedt het één mogelijk het ander en wat betekent dit voor de eigen professie: het helpen helen van de patiënt/cliënt. Allicht kunnen ook alvast een paar verhelderende gevalsstudies aangereikt worden. Dit zal invloed hebben op de kennis, de manier van denken en hiermee indirect óók op de attitude van de student geneeskunde.

Wanneer een kandidaat vervolgens als arts-assistent kiest voor de specialisatie psychiatrie, heeft hij waarschijnlijk genuanceerdere verwachtingen van dit vakgebied dan nu allicht het geval is. Ook kan het zijn dat we, door deze bredere beeldvorming van het bereik van psychiatrie als discipline, een groep studenten hebben 'warm' gemaakt om zich tot psychiater te specialiseren, die geboeid is geraakt door het samenspel van biologische, sociale, psychische én geestelijke factoren bij psychiatrische problematiek. (Deze aanbevelingen gelden gelijkelijk voor de studie psychologie).

- Daarnaast is het gewenst, dat aan de aspirant-hulpverlener in de professionele opleidingen inzicht verschaft wordt in de mogelijkheden én grenzen van zijn eigen professie, maar tevens in de specifieke deskundigheid van collega's in de aanverwante professies in de gezondheidszorg. De attitude kan aangeleerd worden, om oog te hebben voor de behoeften van de hulpvrager als 'hele mens' en om het, van daar uit, als vanzelfsprekend te beschouwen om de hulpvrager in voorkomende gevallen door te verwijzen.

- Als derde aandachtspunt noem ik de zorg, die in de professionele opleiding tot psychiater of psychotherapeut geschonken moet worden aan de *persoonlijke* vorming en ontwikkeling van de aanstaande hulpverlener.

b. nascholing van in de praktijk werkzame therapeuten.

Uit onderzoek blijkt, dat veel (psycho)therapeuten zich onbekwaam voelen om existentiële en spirituele thema's in hun beroepsuitoefening te hanteren. Dit vraagt om bijscholing, cursussen, trainingen (o.a. rollenspel), studie(mid)dagen, supervisie, intervisie, etc.

Het zal van belang zijn, dat de opzet hiervan aansluit bij de behoefte van de therapeut en dat de tijden eveneens aansluiten bij de diens werktijden. Een en ander moet niet als een te zware belasting ervaren worden.

Het is zinvol, de behoeften in deze opzichten te peilen in 'het veld', door middel van een vragenlijst en vervolgens met een daarop afgestemd gevarieerd, 'aantrekkelijk' én haalbaar aanbod te komen.

- Het lijkt me dringend gewenst, dat psychiaters van de hermeneutische en de empiristische richting met elkaar de dialoog aan gaan over de mogelijke invloed van zingevingsproblematiek en levensbeschouwelijke of geloofsthematiek op de psychische klachten van hun patiënten en de eventuele consequenties hiervan voor de behandeling en therapeutische begeleiding. Het zou zinvol zijn en een stap naar onderling begrip en toekomstige samenwerking, om, m.b.v. de casuïstiek, over en weer, ervaringen en inzichten uit te wisselen. Kies een gevalstudie uit, die leerzaam lijkt te zijn en bespreek die samen: wat bleek waardevol in de therapie, wat eventueel misbaar, welke factoren speelden mogelijk een rol bij genezing, welke factor(en) ontbrak(en) als genezing uitbleef, welke begeleiding leidde bij welke problematiek tot welk resultaat... en wat zou hierbij de deskundige van de 'andere' richting hebben kunnen toevoegen, dat gunstig had kunnen uitwerken voor het psychisch welbevinden en zelfs de genezing van de patiënt? et cetera.

Allicht kan hierbij óók een gesprek plaats vinden over de *fundamentele* vóóronderstellingen, waarop de beroepsuitoefening stoelt. We komen dan terecht bij het thema 'mensbeeld' en 'wetenschapsvisie'. Wat kan, gezien recente onderzoeksbevindingen en de eigen praktijkbevindingen, blijven staan? Welke uitgangspunten moeten we misschien herzien? Allicht zijn de opmerkingen van Sanders (1991, p. 48-52) behulpzaam bij de dialoog, waar hij stelt: "In de huidige wetenschapsfilosofie wordt een fundamenteel onderscheid tussen natuur- en geesteswetenschappen nauwelijks meer aanvaard". Dit houdt in, dat "er geen essentieel methodisch verschil meer wordt gezien", maar slechts een *gradueel* verschil. In de menswetenschappen is het te onderzoeken werkelijkheidsgebied weliswaar van een andere geaardheid: niet de materie (in casu: het lichaam, de hersenen), maar de menselijke psyche/ geest. Hier gelden andere wetmatigheden. 'Alleen ware', 'altijd ware' uitspraken zijn hier niet aan de orde. Daarom spreken we bij deze onderzoeksresultaten in termen van *waarschijnlijkheid*. Dit neemt echter niet weg, dat het om *betrouwbare* kennis gaat, aangezien ze via een betrouwbare methode is verkregen. Ook de menswetenschappen vergaren betrouwbare, dus serieus te nemen, kennis. Vanuit een dergelijke invalshoek zou bijvoorbeeld gekeken kunnen worden naar het onderzoeksresultaat, dat zingevingsproblematiek *vrijwel altijd* leidt tot een afwezigheid van psychisch welbevinden en dat dit laatste op haar beurt *veelvuldig* leidt tot vormen van psychopathologie, die zich *ook* lichamelijk kunnen uiten.

Voor het slagen van een dialoog als deze is *openheid* nodig en wederzijds *respect*.

Een mooi voorbeeld van een open dialoog vinden we in "Deze wereld en God", van Dingemans en Smelik. Het beschrevene in hun boek onder 4.2.1. en 4.2.2. (over de grenzen van de wetenschap) zou al een interessant thema zijn voor het gesprek tussen de hulpverleners van beide psychiatrische richtingen.

Hopelijk laten we niet nóg eens twintig jaar voorbij gaan. De tijd is nú.

Summary

This dissertation is a literature study on the amount of attention given to questions about meaning in life and their place in mental health care. Just how psychotherapists and psychiatrists deal with such questions in practice will be studied.

Before going into this specific aspect of the study, in Chapter 2 some concepts are elucidated. When considering the question in what way the issue of meaning in life is being dealt with in the mental health care sector – and when comparing our findings regarding this question with what we deem to be a desirable approach- then inevitable our personal concept of mankind (his nature) comes into play. Is meaning in life considered as important and of significance for our functioning as a human being? When do we call a human being 'healthy' and does meaning in life play a part in determining a person's state of health?

In specialised literature notions like psyche, mind, spirit, psychological, existential and spiritual are not always unambiguous. They are interpreted in different ways.

Only when we state such concepts explicitly they will be debatable. Then misunderstanding can be prevented and research be done.

Meaning in life is a complicated concept because it involves the human being in his or her totality in the process. Questions about meaning in life are questions that will give rise to this psychological process of meaning in life.

In order to establish whether there is indeed attention being paid to questions about meaning in life in mental health care, it is useful to determine which way and from which model of health care the specialist regards his or her patient. Three models of health care are looked at:

- the biomedical model: this model reduces the human being, a sick person, to a physical body.
- the biopsychosocial model, where there is a awareness of the influence of psychological and social factors in addition to biological factors during illness.
- The biopsychosocial-spiritual model which includes the spiritual dimension. This model of health care has also been developed by *Sulmasy* and to a lesser extent by *Corr*.

Chapter 3 deals in the first place with the subject of the development of the first research and theoretical insights into meaning in life in clinical psychology. A synopsis from the thesis of *Debats* will therefore be used.

After that, the question of the psychological process of meaning in life with an individual on the basis of publications by *Van der Lans* and *Mooren* will be explored.

This will be followed by a description of contemporarily accepted characteristics and facts in literature of (questions about) meaning in life.

In Chapter 4, the attention given to questions about meaning in life and to religious questions in psychiatry and psychotherapy is explored. Can differences be observed and if this is so, what are those differences and how can they be explained?

Psychiatrists and therapists find out (ever more frequently) that clients ask questions concerning meaning in life, spirituality or the philosophy of life. However, little is done with these questions.

The partial explanation lays in the approach of the clients. Does the psychiatrist or therapist in mental health care work through a person-oriented approach (the person is central), a symptom-oriented approach (the illness as a symptom is central, according to the biomedical model of health care), or the problem-oriented approach (the problem is central)?

According to *Mooij* there is a great contrast between the psychiatrist who works from the symptom-oriented or empiristic approach, and the psychiatrist who works from a hermeneutical approach. There is a clear preference for the first approach.

Subsequently, the place and function of (questions about) meaning in life, religion and philosophy of life in these two approaches in psychiatry is addressed.

First the emphasis is on the hermeneutical approach. How does the hermeneutically operating psychiatrist deal with questions about meaning in life and religious questions?

In passing, the differences between the psychotherapist and the pastor in view of the direction, task and competence of both of them will be looked into.

In the second place attention is paid to an article from *Van Belzen*, who states, from a more biomedical approach, that a psychiatrist does not need to occupy himself structurally with religious and ideological questions. He is sceptical about including religion in psychiatric treatment as his hermeneutically operating colleagues would do so structurally and consistently.

After this, the amount of attention given to questions about meaning in life, religious and philosophical questions and their place in psychotherapy is explored. A comparison is made between psychotherapists and psychiatrists. Particular attention is given to the empirical research of *Van Uden* and *Pieper* with mental health care institutions (RIAGG's).

At the end of Chapter 4, three further factors are mentioned that tend to restrict the attention given to (questions about) meaning in life and to spiritual issues in mental health care. These concern tradition in treatment with therapists, the policy of institutions in health care, and the important factor of the therapist as a person.

The final and 5th Chapter will draw conclusions on the research questions posed in this study and recommendations will be made for further research and the policy in health care.

Literatuurlijst:

- Andriessen, dr. H.C.I. (1991) *Volwassenheid in perspectief. Inleiding tot de psychologie van de volwassen levensloop*. Assen, Van Gorcum & Comp.
- Bakker, D.J. (2004) Spiritualiteit en zingeving in zorgvisie en beleid. In: J. Bouwer (red.), *Spiritualiteit en zingeving in de gezondheidszorg*. Kampen, Kok, p. 42-58.
- Battista & Almond in Debats (1996), p. 8, 9, 14, 16.
- Belzen, J.A. van (1998) Een verloren dimensie? Overwegingen aan het eind van een eeuw psychiatrie en religie. In: G. Glas (red.) *Psychiatrie en religie. De bijna verloren dimensie*. Nijmegen, KSGV, p. 22-43.
- Belzen, Jaap van (1998) Religie, zingeving, spiritualiteit: waar gaat godsdienstpsychologie eigenlijk over? In: Jacques Janssen, Rien van Uden en Hans van der Ven (red.), *Schering en inslag. Opstellen over religie in de hedendaagse cultuur*. Nijmegen, KSGV, p. 207-224.
- Berg, M. van den (2001) *Zingeving in de palliatieve zorg*. Cahierreeks Pallium, Houten, Bohn Stafleu van Loghum.
- Berten, P. (1985) *De psychotherapie en haar verloren dimensie*. Tijdschrift voor psychiatrie 27, p. 5-14.
- Blocker in Debats (1996), p. 3.
- Borg, Meerten B. Ter (2000) *Waarom geestelijke verzorging? Zingeving en geestelijke verzorging in de moderne maatschappij*. Ad van Heeswijk e.a. (red.). Nijmegen, KSGV.
- Bouwer, J. (2004) Inleiding: Spiritualiteit en zingeving in de gezondheidszorg. In: J. Bouwer (red.) *Spiritualiteit en zingeving in de gezondheidszorg*. Kampen, Kok, p. 7-16.
- Bouwer, J. (2004) Uitleiding: Spiritualiteit en zingeving in de zorg: agendapunten voor een voortgaande discussie. In: J. Bouwer (red.) *Spiritualiteit en zingeving in de gezondheidszorg*. Kampen, Kok, p. 172-178.
- Bouwer, Johan (2005) Het domein en formele object van de geestelijke zorgverlening. In: H. Jochemsen en E. van Leeuwen (red.) *Zinervaring in de zorg. Over de betekenis van spiritualiteit in de gezondheidszorg* p. 70-76. Assen, van Gorcum.
- Bras, Kick (2002) *Spiritualiteit verdient aandacht in de zorg*. Friesch Dagblad, dinsdag, 25 juni, Geloof en Kerk.
- Bras, K.E. (2004) Meditatie als spirituele interventie bij psychosociale begeleiding van mensen met kanker. In: J. Bouwer (red.) *Spiritualiteit en zingeving in de gezondheidszorg*. Kampen, Kok, p. 127-171.
- Bruinsma- de Beer, Joke (2006) *Pastor in perspectief. Een praktisch-theologisch onderzoek naar de competentie van de pastor*. Proefschrift, Theologische Universiteit Kampen. Gorinchem, Narratio, p. 5-11.
- Brümmer, Vincent (1975) *Wijsgerige begripsanalyse*. Gebruikt: 4^e dr., 1995, Kampen, Kok, p. 144-151.
- Bruyninckx, Eva en Dimitri Mortelmans (1999) Kwaliteit van leven en gezondheidszorg in verandering. In: *Tijdschrift voor sociologie* 1999, Volume 20, Nr.1, p. 25-50.
- Bühler, Charlotte in Andriessen (1991), p. 3-12.
- Buitenweg, drs. A.J.W. (1991) Tussen godsdienst en atheïsme: een humanist op zoek naar zin. In: A.H. Smits (red.) *Op zoek naar zin, katholieke, protestantse en humanistische levensverhalen*. Rotterdam, Nederlands Gesprek Centrum, p. 11-26.
- Chamberlain & Zika in Debats (1996), p. 14.
- Chamberlain, K. & S. Zika (1992) Religiosity, Meaning in Life and Psychological Well-Being. In: Schumacher, J.F. *Religion and Mental Health*. New York, Oxford University Press, p. 138-148.
- Chamberlin, J. in Kal (2004), p. 35-36.

- Collee, Arianne (2004) Impressie Lievegoedlezing 2004: Meer aandacht voor zingeving in zorg noodzakelijk. In: *Nieuwsbrief*, 6^e jaargang, nummer 3, Herfst 2004. Uitgave van de Arta-Lievegoedgroep, Antroposofische psychiatrie en verslavingszorg, Bilthoven, p. 2-3.
- Corveleijn, J. (1998) Religie in de psychiatrische anamnese. In: G. Glas (red.) *Psychiatrie en religie. De bijna verloren dimensie*. Nijmegen, KSGV, p. 13-21.
- Crumbaugh & Maholick in Debats (1996), p. 10.
- Cuvelier in Berten (1985), p. 5.
- Debats, D.L. (1996) *Meaning in life. Psychometric, clinical and phenomenological aspects*. Rijksuniversiteit Groningen.
- Debats (2000) in Leijssen (2004).
- Debats (2004): zie Collee.
- Deferme, Kristel (2001) *Fysieke en psychosociale stress bij patiënten met het chronische vermoeidheidssyndroom en fibromyalgie: Onderzoek naar geslachts- en beroepsverschillen*. Katholieke Universiteit Leuven.
- Zie: www.me-cvs.nl/index.php?pageid=6451&printlink=true&highlight=bewijzen
- Dijk van, W. K. (1982) Zin en ziekte. In: prof. dr. A.G. Weiler en dr. G.A.M. Beekelaar (red.) *Zinervaring in de hedendaagse cultuur*. Baarn, Ambo, p. 9-16.
- Dingemans, G.D.J. en P.G. Smelik (2005) *Deze wereld en God. Modern wereldbeeld en christelijk geloof*. Kampen, Kok.
- Fijn, Paul (2004) Zingeving in de GGZ: de visie van de Cliëntenbond. In: Ad van Heeswijk e.a. (red.) *Vragen naar zin. Het perspectief van de GGZ-cliënt*. Tilburg, KSGV, p. 81-87.
- Fowler, James W. (1981) *Stages of Faith, The Psychology of human development and the Quest for Meaning*. San Francisco, Harper & Row. Deel IV, p. 117-213.
- Frankl, Victor in Debats (1996), p. 4.
- Gijswijt- Hofstra, Marijke en Harry Oosterhuis (2001) Psychiatrische geschiedenissen. In: Bijdragen en Mededelingen betreffende de geschiedenis der Nederlanden, 116 (2001) afl.2, p. 162-197.
- Glas, G. (1998) Inleiding. In: G. Glas (red.) *Psychiatrie en religie. De bijna verloren dimensie*. Nijmegen, KSGV, p. 7-12.
- Glas, Gerrit (2001) De religieuze anamnese. In: T.H. Zock, & G. Glas (red.) *Religie in de psychiatrie*. Tilburg, KSGV, p. 66-86.
- Haarsma, F. (1982). Ten geleide. In: prof. dr. A.G. Weiler en dr. G.A.M. Beekelaar (red.) *Zinervaring in de hedendaagse cultuur*. Baarn, Ambo, p. 6-8.
- Heijde, dr. L. (1977) Levensbeschouwing en welzijnswerk. In: Louis ter Steeg, Arnold Uleijn en Johan Wellen (red.) *Wat gebeurt er met de levensbeschouwing?* Ambo, in opdracht van het KSGV, p. 9-23.
- Hijmans, Ellen (1994) *Je moet er het beste van maken. Een empirisch onderzoek naar hedendaagse zingevingssystemen*. Nijmegen, ITS.
- Hutschemaekers, Giel & Theo Festen (2004) Waarover praten zij? Over hulpvragen van cliënten en antwoorden van hulpverleners. In: Ad van Heeswijk e.a. (red.) *Vragen naar zin. Het perspectief van de GGZ-cliënt*. Tilburg, KSGV.
- Jochemsen, H. (e.a.) (2004) Levensvragen in de stervensfase: naar kwaliteitscriteria voor spirituele zorgverlening in de terminale palliatieve zorg vanuit patiëntenperspectief. In: J. Bouwer (red.) *Spiritualiteit en zingeving in de gezondheidszorg*. Kampen, Kok, p. 103-127.
- Jochemsen, Henk (2005) Behoort aandacht voor spiritualiteit tot de medische zorg? In: H. Jochemsen en E. van Leeuwen (red.) *Zinervaring in de zorg. Over de betekenis van spiritualiteit in de gezondheidszorg*. Assen, Van Gorcum, p.10-20.

- Kal, Doortje (2004) De verbinding maken. Het verschil behoeden. Hoe het herwinnen van een plaats in de samenleving van belang is voor zingeving. In: Ad van Heeswijk e.a. (red.) *Vragen naar zin. Het perspectief van de GGZ-cliënt*. Tilburg, KSGV, p. 34-49.
- Kalmthout, Martin van (1997) *Persoonsgerichte psychotherapie*. Utrecht, De Tijdstroom, p. 7-17; p. 133-149.
- Kalmthout, Martin van (2001) Psychotherapie: een hedendaags zingevingssysteem? In: Ad van Heeswijk, Jacques Kerssemakers, Rien van Uden en Hetty Zock (red.) *Spiritualiteit in psychotherapie?* Tilburg, KSGV, p. 12-28.
- Kranenburg, Dr. R. (1991) Geloven en religieuze ervaring: 'Gij legt uw hand op mij'. In: A.H. Smits (red.) *Op zoek naar zin. Katholieke, protestantse en humanistische levensverhalen*. Rotterdam, Nederlands Gesprek Centrum, p. 35-50.
- Kuilman, M. (1986) Over de spanning tussen geloof en wetenschap in de hulpverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg. In: Willem Berger, Jacques Kerssemakers, Arnold Uleyen en Johan Wellen (red.) *Hulpverlener en zingevingvragen*. Baarn, Ambo, p. 11-33.
- Kunneman in Kal, Doortje (2004), p. 47.
- Lans, Jan van der (1992) Zingeving en Levensbeschouwing. Een psychologische begripsverkenning. In: Fred Eijkman (red.) *Weer zin leren. Over levensbeschouwing en educatie*. Best, Damon, p. 7-20.
- Lans, Jan van der (2001) Ten geleide. In: Ad van Heeswijk, Jacques Kerssemakers, Rien van Uden en Hetty Zock (red.) *Spiritualiteit in psychotherapie?* Tilburg, KSGV, p. 7-11.
- Lans, Jan van der (2006) Zingeving en zingevingfuncties van religie bij stress. In: Ad van Heeswijk, Jacques Kerssemakers, Rien van Uden, Lia Vergouwen en Hetty Zock (red.) *Religie ervaren. Godsdienstpsychologische opstellen*. Tilburg, KSGV, p. 72-127.
- Leentjens, A.F.G. (2004) *Van dualisme naar integratie: een pleidooi voor een neuropsychiatrische benadering van psychopathologie*. In: Tijdschrift voor psychiatrie 46 (2004) 7, p. 429-436.
- Leijssen, Mia (2004) Zingeving en zingevingproblemen vanuit psychologisch perspectief. In: *Wetenschappelijk denken: een laboratorium voor morgen? Lessen voor de eenentwintigste eeuw*. Leuven, Universitaire Pers Leuven, p. 241-268.
Zie: www.kuleuven.be/~u0004551/Artikels%20web/Zingeving2004.pdf
- Lukas, Elisabeth (1988) Heling door het vinden van zin. Grondgedachten uit de logotherapie. In: Dominique Debats (red.) *Psychotherapie en zingeving. Een spectrum van visies*. Gebruikt: 2^e druk, 1992. Cothen, Servire, p. 11-32.
- Maddi in Debats (1996), p. 7.
- Maslow, Abraham in Debats (1996), p. 4.
- Mooren, J.H.M. (1988) Levensbeschouwing: halsband of leidraad. Zingevingvragen in de Psychotherapie. In: Willem Berger, Jacques Kerssemakers en Johan Wellen (red.) *Psychotherapie en levensbeschouwing*. Baarn, Ambo, p. 26-50.
- Mooren, J.H.M. (1989) *Geestelijke verzorging en psychotherapie*. Baarn, Ambo.
- Mooren, Jan Hein (1998) Zingeving en cognitieve regulatie, een conceptueel model ten behoeve van onderzoek naar zingeving en levensbeschouwing. In: Jacques Janssen, Rien van Uden & Hans van der Veen (red.) *Schering en inslag*. Nijmegen, KSGV, p.193-206.
- Mooij, A.W.M.. (1992) De psychiatrie en de vraag naar zin. In: G.A. van der Wal en F.C.L.M. Jacobs (red.) *Vragen naar zin, beschouwingen over zingevingproblematiek*. Baarn, Ambo, p. 71-85.
- Munnichs, J. M. A. en H.L.G.R. Nies (1989) Het begrip zingeving. In: Joep Munnichs en Gwennyth Uildriks (red.) *Psychogerontologie. Een inleidend leerboek*. Deventer, Van Loghum Slaterus, p. 53-57.
- Nieuw Testament. Uitgave: Het Nederlands Bijbelgenootschap, 1940.

- NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (2003) Actualiteiten van 2003, 10 oktober. Zie: www.nivel.nl
- Niemeijer, Drs. H.J. (2004) Zingeving en gezondheid. In: *Nieuwsbrief*, 6^e jaargang, nummer 3, Herfst 2004. Uitgave van de Arta-Lievegoedgroep, Antroposofische psychiatrie en ver-slavingszorg. Bilthoven, p.1.
- Pieper, J.Z.T. & M.H.F. van Uden (1996 b) Geloof en levensbeschouwing binnen de Riagg-hulpverlening. Ex-cliënten aan het woord. In: *Psyche en Geloof. Tijdschrift van de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten*, 7, p. 115-127.
- Pieper, J.Z.T. & M.H.F. van Uden (1998) Riagg-therapeuten over geloof en levensbeschouwing. In: Jacques Janssen, Rien van Uden & Hans van der Veen (red.) *Schering en inslag. Opstellen over religie in de hedendaagse cultuur*. Nijmegen, KSGV, p. 52-74.
- Praag, Herman van (2001) Psychiatrie en religie. Een persoonlijke 'belijdenis'. In: T.H. Zock & G. Glas (red.) *Religie in de psychiatrie*. Tilburg, KSGV, p. 23-50.
- Praag, Herman van (2007) Godsoordelen. Over de grenzen tussen normale en abnormale religiositeit. In: P.J.Verhagen (red.) *Religieuze psychopathologie*. Tilburg, KSGV, p. 35-57.
- Praag, prof. Dr. J.P. van (1977) Geestelijke begeleiding. In: Louis ter Steeg, Arnold Uleijn en Johan Wellen (red.) *Wat gebeurt er met de levensbeschouwing?* Baarn, Ambo, in opdracht van het KSGV, p. 24-38.
- Praag, J.P. van, in Buitenweg (1991), p. 17.
- Pruyser, P. W. (1992) *Geloof en verbeelding. Essays over levensbeschouwing en geestelijke gezondheid*. Baarn, Ambo. Uitgegeven in opdracht van het KSGV.
- Purton, Campbell (1998) Unconditional Positive Regard and its Spiritual Implications. In: Brian Thorne en Elke Lambers (red.), *Person-Centred Therapy. A European Perspective*. London, Sage, p. 32.
- Ree, Van, Frank (2001) Het ontbrekende referentiekader. In: T.H. Zock & G. Glas (red.) *Religie in de psychiatrie*. Tilburg, KSGV, p. 51-65.
- Ruysbroek, J.M.H. (2001) *Wat is geestelijke gezondheidszorg?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven, RIVM.
Zie ook: www.nationaalkompas.nl >Zorg, 2007).
- Sartre in Debats (1996), p. 3.
- Scott Richards & Bergin in Glas (2001), p. 66 en in Verhagen (2001), p. 96.
- Schreurs, Agneta (2001) *Psychotherapie en Spiritualiteit. Integratie van de spirituele dimensie in de therapeutische praktijk*. Assen, Van Gorcum, p.18-41.
- Spilka, Hood & Gorsuch, in: Van Uden en Pieper (1996), p.13.
- Stroeken, Harry (1995) *Het geloof is er voor de mens*. Ambo, Baarn, in opdracht van het KSGV, Nijmegen.
- Stroeken, Harry (1999) *Zoeken naar zin. Psychotherapie en existentiële vragen*. Amsterdam, Boom.
- Sulmasy, D.P. (2002) *A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life*. In: *The Gerontologist*, vol. 42. Special Issue III, p. 24-33.
- Tiesinga, L.J. (2004) Spiritualiteit van de professional in de gezondheidszorg. In: J. Bouwer (red.) *Spiritualiteit en zingeving in de gezondheidszorg*. Kampen, Kok, p. 61-81.
- Tinselboer, Renate (1997) Zin of onzin. Zingevingproblematiek bij oudere weduwen in het verzorgingstehuis. In: *Sociale Psychiatrie* (verenigingsblad NVSPV), nr. 48, juli, p. 9-18.
- Uden, M. van (1988) *Rouw, religie en ritueel*. Ambo, Baarn, in opdracht van het KSGV.
- Uden, M.H.F. van & J.Z.T. Pieper (1996) *Religie in de geestelijke gezondheidszorg*. Nijmegen, KSGV.
- Uden, Van, Rien & Jos Pieper (2001) Klinische godsdienstpsychologie. Een trainingsmodel. In: T.H. Zock & G. Glas (red.) *Religie in de psychiatrie*. Tilburg, KSGV, p.103-125.

- Uleijn, A. (1986) Zingevingsvragen en overdrachtsproblemen in de psychotherapie. In: M. Kuilman en A. Uleijn (red.) *Hulpverlener en zingevingsvragen*. Baarn, Ambo, p. 35-67.
- Vellenga in Van den Berg (2001), p. 11.
- Vergouwen, Lia & Jacques Kerssemakers (2004) Ten geleide. In: Ad van Heeswijk e.a. (red.) *Vragen naar zin. Het perspectief van de GGZ-cliënt*. Tilburg, KSGV, p. 7-14.
- Verhagen, Piet. (2001) God ter sprake in de aanmeldingsfase. In: T.H. Zock & G. Glas (red.) *Religie in de psychiatrie*. Tilburg, KSGV, p. 87-102.
- Verhagen, P.J. (2003) Psychiatrie en religie: opleiding, bij- en nascholing. In: Frank van Ree (red.) *GGZ en levensbeschouwing. Psychiatrische hulp aan Nederlanders en Medelander*. Lisse, Swets& Zeitlinger, p. 157- 171.
- Versluijs-Eering, Hilda (2004) *Het biopsychosociaal model als hulpmiddel bij de bewustwording van de eigen deskundigheid*. Scriptie in het kader van de studie Coaching & Counseling-Psychosociale hulpverlening aan het Europees Instituut te Staverden.
Zie: www.echoecho.nl/echobestanden/Het%20biopsychosociaal%20model.pdf
- Vingerhoets, A.J.J.M. & M.W. Berting (2002) Psychologie in de gezondheidszorg. In: A.J.J.M. Vingerhoets, P. Kop & P. Soons (red.) *Psychologen in de gezondheidszorg: een praktijk oriëntatie*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, p. 1-21.
Zie: arno.uvt.nl/show.cgi?fid=14635
- Vranckx, Jos (2006) *Margreet de Vries-Schot over gezonde godsdienstigheid: 'Geloof heeft heilzaam effect op mens en maatschappij'*, in: Tertio 347, 4 oktober 2006, p. 14-15.
Zie: www.tertio.be/archief/2006/T347/T347-spi2.htm
- Waisberg & Potter in Debats (1996), p. 12.
- Weijmar Schultz, prof. Dr. W.C.M. (2005) *Just take her seriously*. Rede bij het aanvaarden van het ambt van bijzonder hoogleraar psychosomatische obstetrie en gynaecologie. Groningen.
- Wilber in Debats (1996), p. 10.
- Woolcott, in Pruyser (1992), p. 43.
- Yalom, I.D. (1980) *Existential Psychotherapy*. New York, Basic Books.
- Yalom, Irvin in Debats (1996), p. 4.
- Zanten - Van Hattum, Mariet van (1993) *Zingeving kun je leren. Een onderzoek naar het onderwijsleergesprek als didactische werkvorm in een lessenplan levensbeschouwelijke oriëntatie voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden*. (Dissertatie). Nijkerk, Intro.
- Zanten - Van Hattum, Mariet van (1994) *Leren omgaan met zingevingsvragen*. Nijmegen, KSGV.
- Zika & Chamberlain in Debats (1996), p. 12.
- Zock, Hetty (2001) De toren van Babel. In: T.H. Zock & G. Glas (red.) *Religie in de psychiatrie*. Tilburg, KSGV, p. 10-22.
- Zock, Hetty (2007) *Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief*. Rede, uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar. Tilburg, KSGV.