

Gender en lichamelijkheid in de beleving van geestelijk verzorgers

Door: Dr. Wim Smeets*

Anneke Kemper was in Nijmegen betrokken bij het wetenschappelijk onderzoek naar theodicee en pastoraat en maakte zich later in de beroepsgroep sterk voor diagnostiek en anamnese. Wim Smeets belicht in zijn bijdrage deze minder bekende kant van Anneke Kemper.

In zijn artikel plaatst hij de beide thema's in het kader dat Anneke koos voor dit nummer: gender, lichamelijkheid en geestelijke verzorging.

'Schrikken geestelijk verzorgers ervoor terug om lust en liefde te thematiseren?'

Anneke Kemper heeft een belangrijke bijdrage voor de beroepsgroep geleverd als voorzitter van de VGVZ. Zij vervulde die rol in een tijd van integratie van collega's uit het werkveld jeugdzorg en van islamitische, hindoeïstische en boeddhistische huize in de vereniging. Tegelijkertijd waren er soms felle discussies over presentie en interventie op het vlak van de methodiek en over de betekenis van het ambt voor de identiteit van geestelijke verzorging. Over deze bijdrage van Anneke op beleidsniveau wordt elders in dit nummer bericht. Minder bekend is haar bijdrage aan het beroep op wetenschappelijk gebied en op het methodisch terrein van diagnostiek en anamnese. Graag maak ik gebruik van de gelegenheid die dit themanummer biedt om deze elementen te belichten en wel aan de hand van de thema's die zij zelf naar voren heeft geschoven: de rol van gender en lichamelijkheid in de geestelijke verzorging. Eerst zal het gaan over gender in empirisch-theologisch onderzoek

van de geestelijke verzorging. Vervolgens wordt ingegaan op het belang van gender en lichamelijkheid in de gesprekken van geestelijk verzorgers. Tenslotte komt de plaats van gender en lichamelijkheid in diagnostiek en anamnese van geestelijke verzorging aan de orde. Telkens zullen de beschouwingen gerelateerd worden aan recente pastoraalpsychologische inzichten ter zake. Ik oriënteer me op hoe geestelijk verzorgers denken over beide thema's in hun werk, vandaar de titel van dit artikel: gender en lichamelijkheid in de beleving van geestelijk verzorgers.

Gender in empirisch-theologisch onderzoek van geestelijke verzorging

Vooraleer Anneke Kemper geestelijk verzorger werd, deed zij onderzoek binnen het Nijmeegs Instituut voor Studies in Empirische Theologie (Niset). Met name richtte zij zich op de problematiek van God en het lijden, de zogenaamde theo-

diceeproblematiek. Als empirisch theoloog droeg Anneke bij aan de systematisering van verschillende theodiceomodellen op basis van de theologische literatuur. Deze modellen werden vervolgens in een vragenlijst aan een groot aantal respondenten voorgelegd, om na te gaan welke van de onderzochte opvattingen over God en het lijden 'leven in de hoofden van hedendaagse mensen'. Inzake deze thematiek zijn binnen het NISSET intussen al heel wat studies verricht. Twee voor ons beroep belangrijke inzichten die daaruit zijn voortgekomen betreffen de afwijzing van het zogenaamde vergelijkingsmodel en de voorkeur voor het zogenaamde compassiemodel. In tegenstelling tot wat buitenstaanders denken – afgaande op wat hierover in het Oude Testament staat – komt men bij de doornee katholiek en protestant nauwelijks nog mensen tegen die het lijden zien als een straf van God. Evenmin moeten collega-zorgverleners bang zijn dat pastores hun cliënten een positieve betekenis van het lijden onder de vorm van een soort plan of levensles aanpraten. Er is maar één opvatting waar pastores echt warm voor lopen: dat God met de lijdende meelijdt – een visie die zeer recent in de theologie 'na Auschwitz is uitgewerkt' (cf. Ziebertz et al., 2001).

Net als Anneke sta ik in de traditie van de empirische (pastoraal)theologie, die sociaalwetenschappelijke onderzoeksmethoden hanteert in de bestudering van pastorale vragen. Deze vragen zijn intussen verbreed van het kerkelijke naar het multireligieuze vlak en van het pastorale beroep naar alle terreinen waar theologen en religiewetenschappers werkzaam zijn. In 2006 publiceerde ik de voornaamste resultaten van een grootschalige enquête onder geestelijk verzorgers in Nederlandse zorginstellingen (Smeets, 2006). Ik deed verslag van de opvattingen van geestelijk verzorgers over de zorg en over de legitimering, positie, identiteit, doelen en taken van hun beroep. Telkens werden de onderzoeksresultaten ook gerelateerd aan achtergrondgegevens van de geeste-

lijk verzorgers. Daarbij ging het vooreerst om de zogenaamde professionele achtergrondgegevens van de geestelijk verzorgers, zoals opleiding, denominatie en werkveld. Het geslacht wordt in empirisch onderzoek gerekend tot de biografische achtergrondkenmerken van de respondenten, net als leeftijd, het gezin van herkomst etc. Met het oog op het gender-thema van dit artikel ben ik de resultaten nog eens nagegaan voor wat betreft de voornaamste verschillen in opvattingen tussen mannelijke en vrouwelijke geestelijk verzorgers. Daarbij ga ik gemakshalve voorbij aan het gegeven dat het socioculturele 'gender' in de vrouwenstudies breder wordt opgevat dan het biologisch geslacht. Het geslacht vormt in elk geval een belangrijke kern van gender, voor zover we in de samenleving bijvoorbeeld op het vlak van de arbeidsverdeling verschillen aantreffen tussen mannen en vrouwen. De geslachtelijke identiteit van 'vrouw- en man-zijn' kan daarbij zowel slaan op de lichamelijke beleving dat men tot een bepaalde sekse behoort als op het psychisch of sociologisch tot een bepaald gender behoren (cf. Momsen, 2010). De laatste jaren is het aantal vrouwelijke geestelijk verzorgers flink gestegen, de verhoudingen liggen nu ongeveer 'fiftyfifty' – maar statistisch gezien maakt dat geen verschil bij de analyse naar significante verschillen op zulke grote aantallen. Onze onderzoeksgroep telde 218 vrouwen (40%) en 326 mannen (60%).

In tabel 1 staat van alle vragen uit het onderzoek waarbij de respondenten een keuze uit verschillende alternatieven moesten maken (de zogenaamde kwantitatieve vragen), een overzicht wanneer vrouwen en mannen van mening verschilden.¹ Nergens zijn de verschillen tussen vrouwen en mannen erg groot. Het minst verschillen vrouwen en mannen inzake opvattingen over de gezondheidszorg. De grootste verschillen vinden we op het vlak van de levensbeschouwelijke opvattingen. In iets mindere mate verschillen vrouwen en mannen wat betreft hun opvattingen over de rol van levensbeschouwing in de gezondheidszorg en

Onderwerp (schaal)	Gemiddelde vrouwen	Gemiddelde mannen	Significantie	Eta
Protocollisering	2,24	2,12	,009	,113
Sociaal aspect van levensbeschouwing	2,82	3,04	,000	,158
Eigen genootschap	2,71	2,49	,001	,141
Interlevensbeschouwelijkheid	3,93	3,80	,003	,128
Geloof	3,61	3,81	,01	,113
Immanente visie op God	2,52	2,33	,01	,106
Leven na de dood	3,68	3,86	,005	,123
Vergelding - theodicee	1,33	1,45	,02	,106
Plan - theodicee	2,06	2,26	,003	,133
Ontwikkeling - theodicee	2,56	2,77	,002	,134
Plaatsvervanging - theodicee	2,31	2,57	,000	,190
Medicalisering	3,02	3,12	,03	,093
Intrinsieke betekenis van levensbeschouwing in gezondheidszorg	2,79	3,14	,000	,212
Juridische legitimering	4,18	3,93	,000	,162
Zorgvisie- legitimering	4,36	4,19	,001	,139
Genootschap- legitimering	3,59	3,40	,005	,121
Legitimering vanuit eigen domein	3,93	3,80	,01	,105
Ambt – representatie van genootschap	3,52	3,71	,003	,131
Ambt- gespreksbevordering	2,80	3,05	,001	,142
Ambt- spiritualiteit	3,55	3,70	,04	,087
Doel spirituele communicatie experiëntieel	4,41	4,29	,001	,138
Doel zorgcommunicatie – mesoniveau	4,28	4,17	,01	,119
Doel spirituele communicatie – mesoniveau	4,22	4,07	,002	,132
Oriëntatie op de cliënt	4,54	4,42	,001	,149
Sociale functie van rituelen	4,10	3,98	,01	,114
Multidisciplinair – concurrentiestrijd	2,53	2,37	,003	,130
Vaardigheden – introspectief-reflectief	3,89	3,70	,000	,159

Tabel 1. Manvrouw- verschillen over thema's in de geestelijke verzorging

wat betreft hun professionele opvattingen. Op basis van de resultaten is het mogelijk om het volgende genuanceerde beeld te schetsen. We kiezen voor het profiel van de vrouwelijke geestelijk verzorger; dat van hun mannelijke collega's kan de lezer er zelf uit afleiden.

Een trend in de gezondheidszorg – sinds de kwaliteitswetgeving – is het werken volgens protocollen. Volgens sommigen moet de geestelijke verzorging ook met deze trend meegaan, maar de animo ervoor is niet groot (cf. Mackor, Zock & Pitstra, 2010). Vrouwelijke geestelijk verzorgers staan blij-

kens ons onderzoek iets minder afwijzend tegenover deze werkwijze in de geestelijke verzorging.

Volgens een aantal theorieën, zoals het sociaal constructivisme, wordt de levensbeschouwing van mensen in belangrijke mate bepaald door hun sociale context. Hoe we de werkelijkheid ervaren is hoofdzakelijk een sociale constructie. Daar zijn geestelijk verzorgers echter niet van overtuigd, en vrouwelijke geestelijk verzorgers het minst van al. Hoe belangrijk is het terugvallen op het eigen levensbeschouwelijk genootschap voor geestelijk verzorgers? Niet echt, maar vrouwelijke geestelijk verzorgers vinden dat iets minder onbelangrijk. Daarentegen hechten zij meer waarde aan de openheid voor andere levensbeschouwingen. Vrouwelijke geestelijk verzorgers lopen warm – maar wel minder dan mannen – voor het klassiek theïstisch geloof in een absolute, persoonlijke God. Een visie die het goddelijke meer (immanent) deel uit laat maken van onze werkelijkheid wordt door geestelijk verzorgers afgewezen, maar vrouwen zijn minder sterk in die afwijzing. Dat er leven na de dood is, geloven geestelijk verzorgers gemiddeld gesproken wel, maar vrouwen wat minder dan mannen. Van hieruit zou je kunnen zeggen dat vrouwelijke geestelijk verzorgers minder orthodox geloven wat betreft de klassieke leerstellingen over God en het leven na dit leven. Dat komt overeen met hun interlevensbeschouwelijke openheid, maar is dan weer minder goed te rijmen met het feit dat ze iets dichter tegen hun eigen genootschap aanleunen.

Nogal wat verschillen vinden we bij de opvattingen over God en het lijden, het terrein waarop Anneke Kemper zich had toegelegd. Vrouwelijke geestelijk verzorgers zijn het sterkst in de afwijzing van de opvatting dat het lijden een straf is van God. Dat geldt ook voor hun afkeer van de opvatting dat het lijden past in het plan van God over het leven van mens en wereld. Eveneens zijn zij minder te spreken over het idee dat God met het lijden mensen wil stimuleren om te groeien én over het idee dat

je het lijden als het ware plaatsvervangend op je kan nemen uit solidariteit met anderen. Kortom: ook hier weer blijkt een minder orthodox gelovende gerichtheid van vrouwelijke geestelijk verzorgers.

Volgens sommige auteurs, zoals De Swaan en in zijn spoor Ter Borg, is er in de gezondheidszorg sprake van een soort medicalisering van levensbeschouwing. Dit houdt onder meer in dat cliënten hun hoop helemaal stellen op de medici en dat het lichaam prioriteit krijgt boven de geest. Dit verschijnsel is een typisch voorbeeld is van de rationalisering en verwetenschappelijking van de samenleving (Ter Borg, 1997). Vrouwelijke geestelijk verzorgers zijn het minder eens met deze opvatting. Van de andere kant zijn zij minder geneigd – als het gaat om de betekenis die levensbeschouwing in de gezondheidszorg heeft – om de levensbeschouwing als een intrinsieke waarde op zichzelf te zien. Daarbij gaat het erom dat ook in de gezondheidszorg mensen hun levensbeschouwing willen beleven: geestelijke boeken lezen, aan rituelen deelnemen, gesprekken over hun levensbeschouwing voeren – zonder dat dit meteen nuttig is voor de gezondheid.

Een belangrijke basisvoorwaarde voor de geestelijke verzorging betreft haar legitimatie als discipline in de gezondheidszorg. Wij hebben verschillende vormen van deze legitimering van onze professie onderscheiden. Opvallend is dat vrouwelijke geestelijk verzorgers meer nadruk leggen op bepaalde legitimeringsvormen. Zo hechten zij meer belang aan de juridische legitimering van geestelijke verzorging, die momenteel vooral in de Kwaliteitswet Zorginstellingen vervat ligt. Ook benadrukken zij meer de legitimering van het beroep binnen het kader van de zorgvisie van de instelling waarin zij werkzaam zijn. Eveneens onderstepen zij meer het belang dat levensbeschouwelijke genootschappen opkomen voor de positie van geestelijke verzorging in zorginstellingen. Tenslotte vinden zij

het meer dan hun mannelijke collega's nodig dat geestelijk verzorgers hun aanwezigheid in de zorginstelling verantwoorden vanuit thema's uit het eigen domein van het beroep.

Interessant – zeker ook in het licht van de actuele discussie binnen de beroepsvereniging – is de vaststelling dat vrouwelijke geestelijk verzorgers minder waarde hechten aan bepaalde aspecten van het ambt van geestelijk verzorger. In mindere mate vinden zij dat zij met hun ambt het levensbeschouwelijk genootschap representeren dat hen zendt, en dit terwijl deze representatie als centraal kenmerk van het ambt wordt beschouwd (cf. VGVZ, 2010). Ook zijn zij het er minder mee eens dat het beschikken over een ambt op microniveau de communicatie met cliënten bevordert. Tenslotte neemt het ambt in hun persoonlijke spiritualiteit een minder belangrijke plaats in dan bij hun mannelijke collega's. Zou men dit opnieuw kunnen zien als een teken van een minder dogmatische opstelling?

Waar gaat het dan in de geestelijke verzorging over? Een antwoord op deze vraag vinden we onder meer in de doelen die de beroepsbeoefenaars nastreven. In de communicatie met cliënten leggen vrouwelijke geestelijk verzorgers meer nadruk op het bespreken van ervaringen en gevoelens. Daarbij gaat het om ervaringen waarbij mensen het gevoel hebben de kern van het leven te ervaren. En zogenaamde 'typisch levensbeschouwelijke gevoelens' zijn bijvoorbeeld schuld en schaamte, verbondenheid en hoop. Vrouwelijke geestelijk verzorgers vinden het verder meer belangrijk dat spirituele thema's en zorgthema's door hen worden aangekaart in het overleg met andere disciplines. Geestelijke verzorging moet dus vooral volgens vrouwelijke geestelijk verzorgers er op gericht zijn dat er zorg met kwaliteit wordt aangeboden en dat levensbeschouwing als één van de dimensies van deze zorg wordt erkend. In de stijl van handelen zijn vrouwelijke geestelijk verzorgers vooral gericht op de erva-

ringen van cliënten. Ze willen meer nog dan hun mannelijke collega's troost en bemoediging bieden aan cliënten en hen helpen bij de zelfontdekking van hun ervaringen. Deze uitkomst komt helemaal overeen met wat we hierboven stelden. Hun mannelijke collega's zijn evenmin kerygmatisch ingesteld, maar voor vrouwelijke geestelijk verzorgers geldt nog meer dat de actuele situatie en beleving van cliënten het referentiepunt is. Inzake de functie van rituelen – en ook dat is helemaal in dezelfde lijn – beklemtonen zij in meerdere mate de sociale functie: rituelen verstevigen de sociale relaties en dragen bij tot onderlinge cohesie (Menken-Bekius, 1998).

Om het profiel van de vrouwelijke geestelijk verzorgers te completeren: zij maken meer gewag van concurrentiestrijd met andere disciplines in de zorginstelling en zij zeggen van zichzelf meer dan hun mannelijke collega's dat zij over een vaardigheid beschikken tot introspectie en om te reflecteren op de ervaringen die zij in het werk opdoen. Ter afsluiting van deze profielschets moet opgemerkt worden dat het hier gaat om de 'gemiddelde' geestelijk verzorger, er is wellicht geen vrouwelijke collega te vinden die helemaal in het plaatje past. Maar dat maakt een algemene trend – net zoals bij elk groot-schalig empirisch onderzoek – niet minder interessant.

Klopt dit beeld met wat we uit ander onderzoek over verschillen tussen vrouwen en mannen weten? De sterkere oriëntatie op cliënten in plaats van op de juiste leer komt overeen met de vaststelling dat vrouwen meer empathisch blijken te zijn dan mannen (Gault & Sabini, 2000; Macaskill, Maltby & Day, 2002). Vrouwen vertonen gemiddeld gesproken ook meer prosociaal gedrag dan mannen (Finkel, Rusbult, Kumashiro & Hannon, 2002). Zo eenvoudig liggen de zaken echter niet, want in de relatie tussen mannen en vrouwen blijkt er ook een interactie-effect, meer bepaald een crossgender-effect, op te treden. In een onderzoek naar de

bereidheid van gemeenteleden of parochianen om vergeving te schenken aan hun voorganger die seksueel over de schreef is gegaan met een gemeentelid blijkt het volgende: vrouwen zijn minder geneigd om een vrouwelijke pastor te vergeven dan een mannelijke pastor en bij mannen geldt eveneens dat zij minder vergevingsgezind zijn tegenover een pastor van het mannelijke geslacht (Sutton, Mc Leland, Weak, Cogswel & Miphouvieng, 2007). Het crossgender-effect wil zeggen dat het een verschil kan maken – op het vlak van prosociale gerichtheid – in hoeverre een vrouwelijke geestelijk verzorger met mannelijke of vrouwelijke cliënten omgaat en datzelfde geldt ook bij hun mannelijke collega's.

Tot nog toe hebben de meeste geestelijk verzorgers in Nederland een christelijke achtergrond. Vanuit onderzoek in religieuze congregaties is bekend dat vrouwen in stresssituaties over een groter interpersoonlijk coping-arsenaal beschikken dan mannen. Laatstgenoemden op hun beurt focusen voor hun welbevinden meer op hun spirituele relatie met God. In een onderzoek onder benedictijnse monialen en monniken bleken de mannen ook meer depressiviteit te vertonen en de vrouwen een hogere graad van persoonlijke groei en tevredenheid; in de gehele bevolking liggen die scores juist omgekeerd (Bishop, 2006). Het is stof voor verder onderzoek: in hoeverre vrouwelijke geestelijk verzorgers – net als vrouwelijke religieuzen – sociale interactie en engagement meer waarderen dan hun mannelijke collega's; en of ze dan naast individuele spirituele praktijken ook vaker interpersoonlijke activiteiten aanbevelen aan cliënten die op zoek zijn naar spirituele coping.

Gender en lichamelijke in gesprekken van geestelijk verzorgers

Begin jaren negentig ontmoette ik Anneke Kemper in de Stichting Intramuraal Geestelijke Verzorging Enschede. We maakten ook samen deel uit van het convent van geestelijk verzorgers (m.n. de katho-

lieke sector van de VGVZ) in Overijssel. Binnen dat convent hebben we ons gebogen over de vraag welke thema's in gesprekken van geestelijk verzorgers met cliënten aan de orde komen. Tijdens brainstorming-sessies probeerden we een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de zaken die óf de cliënt óf de geestelijk verzorger in het gesprek aankaarten. Verder dan een schriftelijke verslaglegging van deze brainstorming zijn we toen niet gekomen. Een publicatie daarover – samen met Anneke en met collega Hanneke Bruins – is wel opgestart, maar nooit afgerond.

In het daarstraks genoemde NISSET-onderzoek onder geestelijk verzorgers in zorginstellingen hebben we de 'Overijsselse lijst' opgenomen als één van de 37 vragen. We kozen voor deze lijst omdat er in Nederland en Vlaanderen nauwelijks andere inventarisaties van thema's in pastorale gesprekken – vanuit de praktijk en met het oog op registratie van het werk – voorhanden waren. Vraag 16, getiteld 'thematieken in de levensbeschouwelijke counseling' luidde aldus: 'In de contacten met de cliënten kunnen verschillende thematieken, probleemsituaties voorkomen. Wilt u aangeven hoe vaak bepaalde thematieken aan bod komen? Het gaat er daarbij niet om wie dit thema het eerst aankaart, de cliënt of u. Het betreft natuurlijk wel thema's in het leven van de cliënt.' Vervolgens werd een lijst van 28 thema's aangeboden, waarbij de respondenten telkens één van de volgende keuzemogelijkheden van 1 tot 5 konden aankruisen: 'nooit, zelden, soms, vaak, zeer vaak'.

Wat zijn nu in de praktijk de thema's waarover geestelijk verzorgers en cliënten met elkaar spreken? Deze vraag is ook theoretisch interessant voor het domein van de geestelijke verzorging. In hun inaugurale rede als hoogleraar op het terrein van de geestelijke verzorging hebben Bouwer, Zock en Schilderman geprobeerd het geestelijk domein van het beroep te omschrijven. Een apart geestelijk domein aangeven blijkt volgens hun pogingen

Thema	Gem.	Hoe vaak komt het thema voor?				
		nooit	zelden	soms	vaak	zeer vaak
ziekte (lichamelijk, psychisch)	4,34	0,0	0,6	5,9	53,0	40,6
verlieservaringen m.b.t. relaties	4,23	0,0	0,2	10,2	56,2	33,5
ingrijpende gebeurtenissen (verleden)	4,19	0,0	0,6	9,3	60,4	29,8
relaties (vrienden, partner, ouder, gezin)	4,10	0,0	1,5	10,9	64,1	23,5
lijden	4,10	0,0	1,5	13,1	58,9	26,5
betekenis en waardering van het leven	4,08	0,0	1,5	12,0	63,4	23,1
alleen zijn/ eenzaamheid	4,03	0,2	1,9	19,3	52,0	26,7
levensbeschouwing, geloof	3,92	0,0	1,5	19,4	64,3	14,8
dood	3,89	0,2	2,6	25,0	52,4	19,8
toekomstverwachtingen	3,87	0,2	1,8	22,9	60,6	14,4
de behandeling in de zorginstelling	3,82	0,2	3,5	27,7	51,2	17,4
zelfbeeld	3,45	0,4	9,6	43,0	38,9	8,1
leven na de dood	3,38	0,6	10,4	46,4	35,7	7,0
goed en kwaad	3,34	1,1	10,8	45,9	37,7	4,5
lichaamsbeleving	3,29	0,7	13,0	48,3	32,0	5,9
woonsituatie	3,27	0,9	16,5	42,1	35,1	5,4
schuld en vergeving	3,27	0,9	14,3	47,2	32,2	5,4
meditatie, gebed	3,25	1,1	12,6	49,0	34,5	2,8
levensbeschouwelijke groepering	3,21	2,0	16,1	44,0	34,9	3,0
rituelen (bijvoorbeeld liturgie)	3,21	1,1	14,7	49,7	30,9	3,5
morele dilemma's (euthanasie, suicide, abortus)	3,12	2,6	16,7	49,4	28,6	2,8
fysiologische behoeften (eten, drinken)	2,99	3,0	24,1	47,4	21,9	3,7
boeken uit levensbeschouwelijke tradities (bijbel, koran, Veda's)	2,99	3,5	21,3	49,7	23,0	2,4
beelden en dromen, visioenen	2,94	2,4	27,1	48,2	18,7	3,5
arbeid	2,91	4,6	22,8	50,8	20,2	1,5
vrouw zijn, man zijn / seksualiteit	2,83	2,8	29,3	51,4	14,8	1,7
houding ten opzichte van de samenleving	2,81	4,4	28,3	50,9	14,3	2,0
materieel-economische situatie	2,52	6,9	42,6	42,4	7,8	0,4

Tabel 2. Thema's in de geestelijke verzorging.

ontzettend moeilijk te zijn; hun omschrijvingen ontmoeten ook weerstand (Bouwer, 2003; Jorna, 2005; Zock, 2007; Schilderman, 2009). In een serie artikelen van dit tijdschrift die telkens begonnen met 'Geestelijke verzorging en...' heeft Van Knippenberg eerder geprobeerd om de ziel als het kern-

thema van de geestelijke verzorging te omschrijven. Later heb ik daar het zelf als kernthema naast geplaatst. En Kool heeft zich gebogen over het lichaam (van Knippenberg, 2000; Smeets, 2000; Kool, 2002). Wanneer we kijken naar de Overijsselse lijst blijken de meeste thema's zich te bewe-

gen op het geestelijke en op het psychische terrein. Dat is begrijpelijk aangezien beide betrekking hebben op de zingeving aan het leven, zoals Zock aangeeft (Zock, 2007). Behalve Kool gaat geen van de genoemde auteurs rechtstreeks in op het lichamelijke domein (en gender), dat door Anneke Kemper als invalshoek voor dit themanummer is gekozen. Zijn deze thema's afwezig in de gesprekken van geestelijk verzorgers, of zijn ze onbeduidend?

De Overijsselse collega's hadden in hun brainstorming drie thema's aangegeven die rechtstreeks onze vraagstelling betreffen: 'lichaamsbeleving', 'fysiologische behoeften (eten, drinken)', 'vrouw zijn, man zijn / seksualiteit'. Twee andere thema's lijken eveneens interessant om te bekijken: 'zelfbeeld' en 'ziekte (lichamelijk, psychisch)'. In hoeverre komen deze thema's daadwerkelijk aan de orde in de gesprekken van geestelijk verzorgers over heel Nederland verspreid in de diverse soorten zorginstellingen? In tabel 2 staan de antwoorden van 545 geestelijk verzorgers die de hele vragenlijst invulden en retourneerden (dat was 59% van het aantal respondenten). In de eerste kolom staan de thema's, gerangschikt in volgorde van het frequent voorkomen. In de tweede kolom staat de gemiddelde score van de geestelijk verzorgers; in de daaropvolgende kolommen de antwoordpercentages bij de verschillende antwoordcategorieën.

Het meest frequent komen in de gesprekken van geestelijk verzorgers met cliënten 'coping' – thema's voor en relaties. Onduidelijk is of daarbij een meer psychologische dan wel een meer geestelijke invalshoek gehanteerd wordt. Het belang van relaties kan men vanuit systeemtheoretisch perspectief benaderen. Elders hebben we deze resultaten geanalyseerd vanuit de vraag in hoeverre er positieve dingen naar voren komen in het cliëntcontact van geestelijk verzorgers (Smeets & Hijweege, 2009). Hoe scoren de thema's die wij daarstraks hadden aangestipt?

Ziekte, in lichamelijke en psychische zin, is het meest voorkomende thema in gesprekken van geestelijk verzorgers (met een gemiddelde van 4,34 op een schaal van 1 tot 5). Vanuit het numerieke overwicht van geestelijk verzorgers werkzaam in verpleeghuizen en ziekenhuizen is het belang van dit thema begrijpelijk. Het lichaam speelt in de geestelijke verzorging met andere woorden een belangrijke rol, maar dan binnen de context van wat de opname in de zorginstelling noodzakelijk heeft gemaakt. Scherper gesteld gaat het om het zieke lichaam. Daar kan men vanuit verschillende perspectieven naar kijken en over spreken. Er is het medisch perspectief met de informatie over symptomen, diagnose en behandeling. Er is het psychologisch perspectief met de beleving van de ziekte, de pijn en de uitdaging om met deze last om te gaan (coping). Er is het sociaal-maatschappelijke perspectief met wat deze ziekte betekent voor de omgeving en voor de maatschappelijke positie van de cliënt, zoals werk. Voor geestelijk verzorgers is het vanzelfsprekend belangrijk om deze perspectieven niet uit het oog te verliezen. Men kan naar het zieke lichaam echter ook vanuit geestelijk of spiritueel perspectief kijken: wat betekent deze kwetsbaarheid, het feit dat het lichaam misschien niet langer als trouwe metgezel wordt ervaren maar als een vijand? Vanuit die invalshoek heeft Kool gekeken naar het lichaam in de geestelijke verzorging. Dan is de onbeheersbaarheid van het lichaam geen probleem, maar een uitgangspunt voor levensbeschouwelijke reflectie over de ambivalentie van de lichaamservaring en de weerklank van de fysieke levenservaring in het innerlijk (Kool, 2002). De verschillende levensbeschouwingen en de moderne spirituele tradities besteden veel aandacht aan het lichaam, zijn gezondheid en zijn kwetsbaarheid. De belangrijke aandacht van geestelijk verzorgers voor het zieke lichaam kan vanuit die spirituele bronnen gemotiveerd en gevoed worden (zie het recente themanummer van Speling – 2010/2 – over 'spiritualiteit in het zorgen').

Veel minder frequent komen de andere genoemde thema's rondom lichamelijke en gender aan bod in gesprekken van geestelijk verzorgers. Ze komen niet voor in de top 11 van vaak tot zeer vaak voorkomende thema's. Het thema 'zelfbeeld' is het eerste van de thema's die na deze top-11 komen (gemiddelde 3,45). Het beeld dat mensen van zichzelf hebben wordt doorgaans tot het psychologische domein gerekend. Aanvankelijk behoorde de 'psychologie van het zelf' tot de psychoanalytische school (met Kohut als belangrijke vertegenwoordiger), later is het ook tot object van andere benaderingen in de psychologie geworden. Het zelf en het zelfbeeld hebben in belangrijke mate betrekking op de persoonlijke identiteit. Het lichaam maakt daar integraal onderdeel van uit als het 'fysieke' materiaal van de persoon; hier komt gezondheid van het lichaam en de sterfelijkheid ervan ook weer om de hoek kijken. Ook de genderidentiteit als zelfconcept van vrouw-zijn of man-zijn behoort tot deze identiteit. We weten echter niet in hoeverre de geestelijk verzorgers deze elementen van het zelfbeeld mee verondersteld hebben in hun beantwoording – daarvoor zou aanvullend kwalitatief onderzoek opheldering moeten verschaffen. Een meer narratieve focus op het zelfbeeld is bijvoorbeeld evenzeer mogelijk, zoals de stadium van het leven waarin men zich bevindt of de verdiscontering van belangrijke levensgebeurtenissen (Ganzevoort & Visser, 2007). Tenslotte kan het zelf ook vanuit spiritueel perspectief begrepen worden; de zoektocht naar het ware zelf – Brahman versus Atman – is bijvoorbeeld in het hindoeïsme en boeddhisme een voor het leven beslissend dynamisch gebeuren (cf. Van der Velde, 2010). De directe beleving van het lichaam en de fysiologische behoeften (eten, drinken) komen met een gemiddelde van resp. 3,29 en 2,99 nog minder frequent aan bod in het gesprek van geestelijk verzorgers. Misschien heeft dit te maken met de domeinafbakening in de zorg, waardoor deze topics vooral door verpleegkundigen, diëtisten en artsen worden bejegend? Daar valt veel voor te zeggen vanuit

functioneel-somatisch perspectief. De zorg voor het lichaam en het fysiologisch functioneren ervan verdient een basale en primaire aandacht. Met klachten op dat vlak komen mensen vaak het eerst bij zorgprofessionals terecht. Maar wanneer tijdens het zorgproces vraagverheldering plaatsvindt, blijkt er vaak meer aan de hand te zijn dan vanuit dit functioneel-somatisch perspectief aangepakt kan worden. Dat blijkt bijvoorbeeld bij de somatoforme stoornissen in de beleving van het eigen lichaam. Vanuit die gedachte worden recent initiatieven als het 'detecteren van behoeften aan psychosociale zorg' ontwikkeld. De genoemde thema's hebben echter ook een spirituele dimensie. De lichaamsbeleving behoort tot de diepe 'levenssfeer' van mensen, net als het levensgevoel, de eigen wijze van bewegen en contact maken met de wereld om zich heen (Fibbe, 2008). Spirituele tradities hebben beelden van het (volmaakte) lichaam en de beleving ervan (Dresen, 1998). Eten en drinken vormen voor veel cliënten in de gezondheidszorg een probleem, zodat er projecten opgezet worden als 'maak van eten en drinken weer een feest'. Eten en drinken hebben ook in veel levensbeschouwelijke tradities een feestelijke en heilige betekenis, gaande van communio met Jezus Christus tot de beleving in de ramadan. Geestelijk verzorgers praten niet zo veel over deze thema's, maar – ter relativering – wel evenveel als over de boeken uit levensbeschouwelijke tradities (Bijbel, Koran, Veda's). En dat laatste is een evenzeer opmerkelijk resultaat.

Tenslotte is er het thema 'vrouw zijn, man zijn/ seksualiteit', dat nog meer onderaan de lijst van veel voorkomende thema's in de gesprekken van geestelijk verzorgers voorkomt met een gemiddelde score van 2,83. De publicaties van theologen in het domein van de vrouwenstudies hebben blijkbaar niet als effect dat er heel veel aandacht is voor deze thematiek. Is de beleving van het eigen geslacht, homo- en heteroseksualiteit etc. voor cliënten een net zo groot taboe als praten over religie? Problemen met hun gezondheid hebben toch

vaak directe repercussies op dat terrein. Geestelijke verzorging heeft bij uitstek de mogelijkheid om verbeelding in te zetten bij het zoeken naar wat in het leven hier en nu vervulling kan schenken (Alma, 2009). Het vrouw- en man-zijn, de seksualiteit nemen in die vervulling en de verbeelding daarvan een niet onbelangrijke plaats in. Of schrikken geestelijk verzorgers ervoor terug om lust en liefde te thematiseren? Binnen de Klinische Pastorale Vorming is altijd veel oog geweest voor 'verborgen dynamiek' in de persoon van de pastor, cq. geestelijk verzorger en in het contact met cliënten. Purnell stelde vanuit zijn betrokkenheid bij de KPV indringende vragen daarover: 'How could I, as pastor, be present to the body of the other when I was so anxious in my own body? ... How does the empathetic pastor hold all this in tension with God whom we describe in the symbolic words "This is my body broken"'? (Purnell, 2004). Volgens hem zijn er drie kritische elementen in de lichamelijke ontmoeting met de cliënt die de geestelijk verzorger zelf kwetsbaar maken: het sensueel en seksueel geraakt worden door het lichaam van de ander, de bewustwording van de eigen fragiliteit die een preoccuperend en zelfs verlamrend effect kan hebben en tenslotte het besef van de eigen sterfelijkheid. Adequate geestelijke verzorging vraagt gerichte aandacht voor het lichaam van de ander maar ook een reflectief zelfbewustzijn van het eigen lichaam (Purnell, 2004).

Het daarmee genoemde reflectief zelfbewustzijn dient te vertrekken vanuit de interdependentie van lichaam, psyche en geest. Deze interdependentie is meer dan een soort holistische overtuiging, ze wordt ook door onderzoek empirisch aangetoond. Fosarelli, arts en pastor verzamelde verschillende onderzoeksresultaten die een link leggen tussen achtereenvolgens het lichaam en de psyche, de psyche en de geest en het lichaam en de geest. Vandaar dat ze artsen ertoe oproept om net als pastores mensen nabij te zijn in het lijden en dat ze pastores oproept zich ook van hun helende

functie bewust te zijn (Fosarelli, 2002). Vanuit de onlosmakelijke verbondenheid van lichaam, psyche en geest valt er veel voor te zeggen om in de vorming en nascholing van geestelijk verzorgers meer aandacht te schenken aan de 'lichamelijke' ingang. Initiatieven daartoe, zoals een training in haptonomie voor geestelijk verzorgers, verdienen aandacht en navolging. Dat zou een mooie 'nalatenschap' van Anneke Kemper's themakeuze voor dit nummer zijn.

Gender en lichamelijke in spirituele diagnostiek en anamnese

We zijn echter nog niet klaar met onze beschouwing van Anneke Kemper's bijdrage aan de beroepsgroep. Het in kaart brengen van thema's in de gesprekken van geestelijk verzorgers is nuttig voor registratie van de cliëntencontacten. Een dergelijke themalist zou ook dienstig kunnen zijn bij de spirituele anamnese en diagnostiek. Nu heeft Anneke Kemper ook op een andere manier gereflecteerd over dit methodisch aspect van ons werk. Zij maakte deel uit van de werkgroep Levensbeschouwelijke Diagnostiek in de geestelijke gezondheidszorg. Deze werkgroep heeft een hermeneutisch-diagnostisch model ontwikkeld dat in 2003 in dit tijdschrift werd gepubliceerd, in hetzelfde nummer waarin Anneke voorgesteld wordt als opvolger van wijlen Ton Hanrath (Bos e.a., 2003). De auteurs werken zoals gezegd in de psychiatrie maar claimen dat hun model nuttig is voor andere sectoren van de geestelijke verzorging. Het ontwikkelen van een diagnostisch model roept natuurlijk de discussie op in hoeverre geestelijke verzorging zich met diagnostiek (en behandeling) moet bezighouden of zich vooral moet richten op presentie bij de cliënt. Deze discussie is eerder uitvoerig aan de orde geweest in dit tijdschrift en wij scharen ons graag bij diegenen die proberen beide met elkaar te verenigen (Smit, 2008). Het model dat Anneke Kemper samen met anderen ontwikkelde – de eerste opzet kwam destijds van Auli van 't Spijker-Niemi – combineert een theologische met een structureel-psy-

chologische benadering in de diagnostiek, zoals die door Bouwer zijn onderscheiden (Bouwer, 2006). De belangrijkste inspiratiebron vormde Donald Capps' boek 'Pastoral care: A thematic approach'. Capps combineert de diagnostische schema's van Pruyser, die zijn categorieën aan de theologie ontleende, met het psychosociale ontwikkelingsmodel van Erik H. Erikson. Het doel is de cliënt te helpen de eigen levensvragen te benoemen, te duiden en in een ander perspectief te praten. Het model is niet alleen bedoeld voor het opsporen en benoemen van 'pijnpunten' bij een cliënt, maar evenzeer voor het opsporen en benoemen van krachtbronnen. De diagnose komt tot stand in een relationeel proces van interpretatie en herinterpretatie tussen geestelijk verzorger en patiënt. Er wordt afstand genomen van een te objectiverend gebruik van het model dat slechts een hulpmiddel is in het verstaan van het concreet geleefde leven.

Laten we nagaan in hoeverre de invalshoeken lichamelijke en gender in het hermeneutisch diagnostisch model aanwezig zijn. Ze komen in elk geval niet direct aan de orde in de acht hoofdthema's die het model onderscheidt: hopeloosheid, schaamte, schuld, zinloosheid, onvermogen tot engagement, isolement, apathie en wanhoop. Elk van deze hoofdthema's wordt vervolgens verbonden met een grondhouding, een zelfbeeld, een godsbeeld en een hoofdzonde. Bij grondhouding, zelfbeeld en godsbeeld wordt steeds een negatieve en een positieve variant geformuleerd. Op deze manier ontstaat een complex model van acht keer zeven topics. Kijken we naar de 56 cellen, dan zijn er toch enkele die met onze invalshoeken in verband gebracht kunnen worden. Bij het thema isolement wordt als negatieve grondhouding 'geen intieme relaties' genoemd, als positieve grondhouding 'liefde, verbondenheid', als hoofdzonde 'begeerte', als negatief zelfbeeld 'ik heb niemand nodig' en als positief zelfbeeld 'ik hoor bij iets of iemand'. Deze subcategorieën verwijzen minstens indirect naar lichamelijke en naar de geslachte-

lijke – of gender-identiteit. Bij het thema hopeloosheid wordt als hoofdzonde 'gulzigheid' genoemd. Al bij al een niet bijster grote oogst. En opvallend is dat vier van de zes items een negatieve connotatie hebben. Het beladen imago van lichamelijke en gender in de christelijke traditie onderzoeken en bijdragen tot een andere labeling was vanaf het begin één van de doelstellingen van de feministische theologie. Het zou in de geest zijn van de 'aartsmoeders' van deze theologie, Catharina Halckes aan katholieke zijde en later Kune Biezeveld aan protestantse zijde, indien de geestelijke verzorging in haar betrokkenheid op mensen in hun lichamen en gender-bestaan aan deze positieve duiding zouden bijdragen: mensen bevrijden van de last die kerkelijke bemoeienis met lichaam en geslacht hen heeft opgeleverd.

Maar misschien valt er met de genoemde categorieën toch goed te werken? In het college 'zingingsdiagnostiek' dat ik sinds verschillende jaren aan de Radboud Universiteit te Nijmegen verzorg, werken studenten onder meer met het hermeneutisch-diagnostisch model. Zij zien nogal wat mogelijkheden van dit model. De categorieën kunnen fungeren als een denkraster: als geestelijk verzorger krijgt men een kader aangeboden waarbinnen men de cliënt in een ander kader en licht kunt bekijken en benaderen. Het model biedt een begrippenkader dat in de verdere begeleiding een rol kan spelen. Positief vinden studenten de aandacht die er is voor de krachtbronnen voor de cliënt en naar wat er nog wel mogelijk is. Om het goed te kunnen hanteren zijn langduriger contacten met cliënten aangewezen. Maar de studenten zijn ook kritisch. Als nadeel zien ze de talige kant van het model: de cliënt zal in staat moeten zijn om zijn gevoelens en gedachten onder woorden te brengen. Het model is tijdrovend. Het meest wringt voor hen het verband dat tussen de verschillende categorieën gelegd wordt, en met name dan bij de hoofdzonden. De auteurs maken voor hen onvoldoende inzichtelijk waarom de verschillende the-

ma's specifiek aan één hoofdzonde te koppelen zijn, en waarom juist deze. Waarom zou het thema 'isolement' niet net zo goed het gevolg kunnen zijn van hoogmoed en jaloezie als van begeerte? In hun stage passen studenten één diagnostisch model toe, dat kan ook het hermeneutisch-diagnostisch model zijn. Ook in de praktijk blijken de verschillende inhoudelijke verbanden tussen de verschillende categorieën dubieus te zijn en is het niet voor iedereen eenduidig wat precies wordt verstaan onder bepaalde aanduidingen.

Laten we tot slot naar een praktijkvoorbeeld kijken. Een studente heeft een gesprek met een mannelijke cliënt.² Het gesprek vond plaats op zijn verzoek. Er had zich een 'life event' voorgedaan, namelijk een overlijden binnen de familie. De cliënt vertelt dat hij in de loop van zijn leven zijn geloof is kwijtgeraakt. Nu hij rouwt om een geliefde, mist hij het contact met God. De vraag die hij aan de kandidaat-geestelijk verzorger stelt is duidelijk een zingevingvraag op het terrein van de geestelijke verzorging: 'Waarom is er ellende terwijl God toch goed zou moeten zijn?' Na afloop analyseert de studente het gesprek met behulp van het hermeneutisch-diagnostisch model. De studente loopt de acht thema's van het hermeneutisch-diagnostisch model langs om openingen te zoeken waarmee ze de zinvraag van de cliënt kan verhelderen. Het resultaat stelt haar teleur. Haar cliënt staat over het algemeen positief en evenwichtig in het leven en zij vindt op geen van de acht levenscategorieën een probleem. De cliënt heeft geen gebrek aan toekomstperspectief en staat niet wantrouwend in het leven: er is geen sprake van hopeloosheid. Hij lijkt niet aan zichzelf te twijfelen of besluiteloos te zijn, voelt zich evenmin waardeloos, belachelijk of stom, kortom: er is geen sprake van schaamte. En zo gaat het door. Hij is niet beladen door schuld, ervaart wel degelijk zin in zijn leven, staat geëngageerd in het leven en is beslist niet geïsoleerd - dus ook geen van de bij dit thema genoemde 'lichamelijke' items speelt een rol. Zijn wil is niet verlamd, dus

hij is niet apathisch. Ook wanhoop is niet echt aan de orde, al is hij bezig het verlies van zijn geliefde familielid te verwerken en is God de 'grote Afwezige'.

De analyse met behulp van het hermeneutisch-diagnostisch model heeft de studente niet echt verder gebracht in de begeleiding van de cliënt. Hij ervoer het als een gemis dat hij niet kon geloven dat er een goede God over hen waakte. Hij wilde er graag mee in het reine komen. De studente is met de cliënt naar het graf van één van zijn broers gegaan. Vervolgens hebben ze samen gewandeld. De studente schreef in haar verslag: 'De natuur was prachtig. Na een lange, koude wintertijd barstte het voorjaar los. De blaadjes van de bomen kwamen juist uit de knoppen tevoorschijn en de zon scheen nog net tussen het prille groen door. Ik zei hem, dat deze wederkerigheid van de natuur mij altijd veel kracht gaf. Later aten we samen het eerste ijsje van het seizoen. Volop genietend.' Het probleem van de cliënt lag specifiek op het terrein van de theodicee, de problematiek waarmee dit artikel opende. Wellicht had een analyse met behulp van het in de Nijmeegse kring van Anneke Kemper ontwikkelde theodiceeraster meer gebaat. De uitdaging voor de zingevingdiagnostiek bestaat er misschien juist in niet om één ideaal model te hebben, maar om het juiste (conceptueel) kader te kiezen dat helpt om een bepaald probleem beter te begrijpen. De studente heeft in haar begeleiding wellicht een goede focus gekozen. Verrassend vind ik dat zij niet gekozen heeft voor een gesprek over de verwerking van het verlies of over God, maar dat zij met de cliënt een graf heeft opgezocht en vervolgens in de natuur is gaan wandelen. Dat is een lichamelijke, fysieke benadering van de dood en van het nieuwe leven. De studente heeft haar eigen spiritualiteit ingezet inzake haar beleving van de natuur. Het bijna lijfelijk ervaren van de levenskracht in de nieuwe lente is voor de cliënt heilzamer dan een cognitieve uitwisseling over het kosmisch panentheïsme om het vertrouwen in God

te herstellen. Want dat ervaren geestelijk verzorgers – ook humanistische collega's in toenemende mate – ook als de kracht van rituelen (cf. Mooren & Tuinman, 2009). In het ritueel van de uitvaart had de cliënt dat niet ervaren. Toen werden veel Maria-liedjes gezongen die de overledene dierbaar waren. Voor anderen was het louterend, hem zei het niets. In het tekstboekje bij de uitvaart had hij zich geërgerd aan 'allerlei onzin'. De priester was erg aardig en betrokken, maar zijn hoge leeftijd sprak de cliënt ook niet erg aan. De wandeling met de cliënt werd afgesloten met het samen eten – ditmaal geen gewijd brood maar een ijsje. Een lichamelijke gebeurtenis, een ritueel. Misschien genoot de cliënt er net zozeer van – daarmee niets ten kwade ten aanzien van de priester en zijn leeftijd – dat hij dit ijsje kon eten met een jongere vrouw. Ook dat is lichamelijke en gender in de geestelijke verzorging.

*Dr. Wim Smeets is pastoraal supervisor, KPV- centrum opleider en geestelijk verzorger in het UMCN St. Radboud;

Literatuur

- Alma, H. (2009). Geestelijke verzorging als verbeeldingsvol spel. *Handelingen. Tijdschrift voor Praktische Theologie*, 36, 4, 2-13.
- Bishop, A.J. (2006). Age and gender. Differences in adaptation and subjective well-being of older adults residing in monastic religious communities. *Pastoral Psychology*, 55, 2, 131-143.
- Bos, T., Kemper, A., Van der Schaft, P., van 't Spijker-Niemi, A. (2003). Een hermeneutisch-diagnostisch model voor geestelijke verzorging. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 6, nr. 7, 23-39.
- Bouwer, J. (2003) *Van de kaart naar het gebied. Het domein van de geestelijke zorgverlening*. Kampen: Theologische Universiteit van de Gereformeerde Kerken in Nederland. Inaugurale rede.
- Bouwer, J. (2006). Levensbeschouwelijke diagnostiek als instrument voor wetenschappelijk onderzoek. In: Doolaard, J.J.A.(ed.). *Nieuw handboek geestelijke verzorging*. Kampen: Kok, 773-779.
- Dresen, G. (1998). *Is dit mijn lichaam? Visioenen van het volmaakte lichaam in katholieke moraal en mystiek*. Nijmegen: Valkhof Pers 1998.
- Fibbe, H. (2008). Spiritualiteit in professionele begeleiding. *Forum*, 14, nr. 4.
- Finkel, E.J., Rusbult, C.E., Kumashiro, M. & Hannon, P.A. (2002). Dealing with betrayal in close relationships: Does commitment promote forgiveness? *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 956- 974.
- Fosarelli, P. (2002). Fearfully wonderfully made. The interconnectedness of body-mind-spirit. *Journal of Religion and Health*, 41, 3, 207-229.
- Ganzevoort, R.R. & Visser, J. (2007). *Zorg voor het verhaal. Achtergrond, methode en inhoud van pastorale begeleiding*. Zoetermeer: Meinema.
- Gault, B.A. & Sabini, J. (2000). The roles of empathy, anger and gender in predicting attitudes toward punitive, separative and preventative public policies. *Cognition and Emotion*, 14, 495- 520.
- Jorna, T. (2005). De geestelijke dimensie in de geestelijke verzorging. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 8, 34, 36-46.
- Knippenberg, M. van (2000). Geestelijke verzorging en de ziel. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 4, nr. 15, 19-27.
- Kool, J. (2002). Geestelijke verzorging en .. het lichaam. (On)beheersbaar lichaam. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 5, 25, 36-44.
- Korte, Anne-Marie. "Gods geslacht: gender en verwantschap in vrouwenstudies theologie." *Tijdschrift voor Theologie* 46, no. 3 (2000), 251-275.
- Macaskill, A. , Maltby, J. & Day , L. (2002). Forgiveness of self and others and emotional empathy. *The Journal of Social Psychology*, 142, 663- 665.
- Mackor, A.R., Zock, H. & Pitstra, F. (2010). Standaardisering van geestelijke verzorging in de gezondheidszorg: zegen of vloek? *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 13, 56, 10-25.
- Menken-Bekius, C. (1998). *Rituelen in het individuele pastoraat. Een praktisch-theologisch onderzoek*. Kampen: Kok.
- Mooren, J.H. & Tuinman, N. (2009). Eigenheid en verbondenheid. Over humanisme en rituelen. *Handelingen, Tijdschrift voor Praktische Theologie*. 36, nr. 4, 27-38.
- Momsen, J. H. (2010). *Gender and development*. London: Routledge.
- Purnell, D. (2004). Pastoral ministry and the fleshly body. *Pastoral Psychology*, 53, 1, 81-85.
- Schilderman, J. (2009). *Wat is er geestelijk aan de geestelijke verzorging?* Nijmegen: Radboud Universiteit. (Inaugurale rede)
- Smeets, W. (2000). Geestelijke verzorging en het zelf. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 4, nr. 16, 15-27.
- Smeets, W. (2006). *Spiritual Care in a Hospital Setting. An Empirical-theological exploration*. Leiden: Brill.
- Smeets, W. & Hijweege, N.M. (2009). Wat heeft u toch een zwaar beroep! Positieve thema's in gesprekken met geestelijk verzorgers. *Handelingen, Tijdschrift voor Praktische Theologie*. 36, nr. 4, 43 - 57.
- Smit, J. (2008). Waar zijnswijze en zienswijze elkaar kruisen. Diagnostiek, presentie en geestelijke verzorging. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 11, nr. 46, 18-25.
- Speling (2010), 62, 2.

-
- Sutton, G.W., Mc Leland, K.C., Weaks, K.L., Cogswel, P.E. & Miphouvieng, R.N. (2007). Does gender matter? Relationship of gender, spousal support, spirituality and disposition forgiveness to pastoral restoration. *Pastoral Psychology*, 55, 5, 645- 663.
- Ter Borg, M., Op zoek naar hoop. In: ter Borg, M., van der Geest, S. en Janssen, J., *Op zoek naar hoop. Over genezing, magie en religie*. (KSGV, 51, nr 2) Nijmegen, KSGV, 1997, p. 15-38.
- Velde, P. van der (2010). *Dromen van een witte olifant, in navolging van de Boeddha*. Budel: Damon.
- VGZ (2010). *Ambtelijke binding*. (VGZ-Cahiers, 4). Amsterdam: VGZ.
- Ziebertz, H.G. et al. (2001). *The human image of God*. Leiden: Brill.

Zock, T.H. (2007). *Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief*. Tilburg: KSGV. (inaugurele rede)

Noten

- 1 Het gaat om resultaten met een statistische significantie kleiner dan 0,05 en een eta groter dan 0,08. De antwoordcategorieën bestonden uit een 5puntsschaal gaande van 1 = 'helemaal niet mee eens' tot 5 = 'helemaal mee eens'. Voor meer informatie over onze statistische keuzes, zie: Smeets, 2006.
- 2 Met dank aan Bernadette Beunders, intussen geestelijk verzorger.