

# GELOVEN IN DE GGZ

Door: Prof. dr. Hans Schilderman\*

*Geloof en geestelijk gezondheid. Wat hebben ze nog met elkaar te maken? De geestelijke gezondheidszorg lijkt immers de taak van de kerken als heilsinstelling over te nemen. Zonde en geloof zijn vervangen door ziekte en gezondheid en men verwacht eerder heil en zegen van professionele therapeuten dan van dominees en pastoors. Wat betekent dat voor geestelijk verzorgers die werkzaam zijn in de GGZ? Hans Schilderman verkent de spanningsvolle verhouding tussen de zorg voor geloof en de zorg voor geestelijke gezondheid met het oog op een verheldering van de domeinproblematiek van geestelijke zorg.*

### Een opmerking vooraf

Ik maak nog een terminologische opmerking vooraf die betrekking heeft op de professionele typering van geestelijke zorg. Geestelijke zorg is wat mij betreft een wetenschappelijke discipline die ten dienste staat van het gelijknamige zorgspecialisme met als object de betekenis die religieuze, levensbeschouwelijke en morele overtuigingen en praktijken hebben voor levensvragen, existentiële problemen en zingeving. Het gaat daarbij steeds om publiek aangeboden, betaalde en verantwoorde zorg die in het kader van het beroep van 'geestelijke verzorger' aangeboden wordt aan de cliëntèle van de (geestelijke) gezondheidszorg of overheid (defensie, justitie). Spirituele zorg zou ik eerder als aandachtszorg willen typeren: het is de zorg die door allerlei andere beroepskrachten of vrijwilligers op grond van de bij hen ervaren grondinspiratie ('roeping' met een klassieke term) aan diezelfde cliëntèle als een religieuze of levensbeschouwelijke dimensie of accent van hun eigen zorgdiscipline aangeboden wordt. Pastorale zorg betreft dan de binnenkerkelijke en ambtelijke zorg die in professio-

nele zin door vertegenwoordigers van een achtergrondgenootschap aan de eigen leden aangeboden wordt, en die sterk varieert naar religie en confessie. Welke termen men ook kiest, het onderscheid moet wel valide blijven op het niveau van functies, taken en activiteiten! Het verwisselen van geestelijke met spirituele zorg ondermijnt de standaarden van het beroep en vervaagt haar object. Het verwisselen van geestelijke of spirituele zorg enerzijds met pastorale zorg anderzijds doet onrecht aan bevoegdheden en kan de ervaren kern van geloof en levensovertuiging aantasten. Daarmee is overigens nog niet veel gezegd over het sector-domein van de geestelijke gezondheidszorg zelf. Hier speelt ons parten dat de term 'geestelijk' verschillende betekenissen kent. In geesteswetenschappelijke zin verwijst het naar de normatieve (morele, levensbeschouwelijke, reflexieve) inhoud van het religieuze en culturele erfgoed zoals die de levenspraktijk betekenis en richting kunnen geven. In medische zin heeft 'geestelijk' betrekking op de vitale condities van het leven en het bewustzijn ('de levensgeesten'), terwijl de term in sociaal-

wetenschappelijke zin verwijst naar de functies en disfuncties van ervaring en gedrag, en dat doorgaans in verband met gezondheid en ziekte, welbevinden en klachten. De 'geestelijke zorg' waarover deze bijdrage gaat heeft dus professionele, motivationele en ambtelijke dimensies die telkens afgrenzing vergen tussen geesteswetenschappelijke inzichten enerzijds en medische en gedragswetenschappelijke competenties anderzijds.

### Constitutionele ambivalentie: kerk of staat?

Een voor de hand liggend motief om geloof en geestelijke gezondheidszorg te scheiden is principieel en politiek van aard en luidt dat religieuze doelstellingen onverenigbaar zijn met overheidstaken. Kerk en staat hebben verschillende institutionele verantwoordelijkheden en geloof en zorg vervullen nu eenmaal verschillende functies in onze samenleving. Na zo'n 100 jaar verzuiling waarin nu juist het argument van scheiding tussen geloof en zorg iedere plausibiliteit moest ontberen hebben we in Nederland vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw een soort smetvrees ontwikkeld als het gaat om het verkeer tussen godsdienst en politiek. Het zijn gescheiden circuits die – met een beroep op constitutionele bepalingen – vooral gescheiden moeten blijven. De juridische afbakening van verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen kerk en staat dient mijns inziens inderdaad geborgd te blijven; het is een onmiskenbaar democratisch goed en een evidente staatsrechtelijke verworvenheid die historisch ook duur betaald is.

Afblijven dus. Maar dat betekent echter geenszins dat daarmee godsdiensten en levensovertuigingen uit het publiek domein – en dus ook uit de zorg – geweerd zouden moeten worden. In mijn bijdrage aan de WRR-verkenning van 2006 *Geloven in het publieke domein* heb ik geprobeerd om aan te tonen dat religies onmisbare functies in de samenleving en in het bijzonder voor de zorg vervullen. Ik kom daar nog uitgebreid op terug.

Punt is dat het argument van de scheiding van kerk en staat de discussie vaak doodslaait over de mogelijke bijdrage en betekenis die godsdiensten en levensovertuigingen voor de geestelijke volksgezondheid hebben. Minstens kan men opmerken dat de taboeïsering en het cynisme dat geloof, kerk en levensovertuiging vanaf de jaren zeventig in publieke discussies ten deel valt ook wel vreemd en vermijdend gedrag weerspiegelt. Sterker nog, in vergelijking met ons omringende landen, getuigt de publieke omgang met religie inderdaad van smetvrees. In GGZ-terminen ligt hier de diagnose voor de hand van een compulsieve dwangneurose met fobische motieven. De gangbare behandeling daarvoor lijkt me die van antidepressiva en gedragstherapie die, getuige klinisch onderzoek, dergelijke klachten voor de helft zouden moeten kunnen reduceren. De medicatie vermindert onder de deelnemers aan het publieke debat gevoelens van zinloosheid en remt hun onderliggende angsten terwijl de gedragstherapie de conditionerende stimuli aanpakt door het aanleren van nieuw en constructief maatschappelijk discussiegedrag over geloof en levensovertuiging.

### Religieuze ambivalentie: gelovig of seculier?

Het ander motief ten gunste van een scheiding van geloof en geestelijke gezondheidszorg verwijst naar demografische en sociologische bevindingen: geloof en kerk verliezen persoonlijke en maatschappelijke relevantie en hebben daardoor ook voor de zorg weinig betekenis meer. Door voortgaande secularisatie zal godsdienst en levensovertuiging op den duur verdwijnen en daarmee ook iedere religieuze behoefte of levensbeschouwelijke taakstelling in de geestelijke gezondheidszorg. Het argument van de toenemende secularisatie verdient instemming. Althans: in Nederland blijken de gevestigde grote kerken als Protestantse Kerk in Nederland en Rooms Katholieke kerk niet in staat om de terugloop in kerklidmaatschap, rituele participatie en geloofsafval te keren, en naar die mate

wordt hun vertegenwoordiging in de zorg in beginsel dan ook problematisch.

Daar staat echter tegenover dat uit onderzoek blijkt dat de religieuze zelfdefinitie van mensen over de afgelopen decennia relatief constant is gebleven, terwijl er groeiende aandacht bestaat voor individuele en zoekende ('quest')-spiritualiteit. Daarnaast beklijft christelijk geloof op kleine schaal in diverse lokale geloofsgemeenschappen die immuun blijken tegen de secularisering. Bovendien re-integreert religie opnieuw in de Nederlandse samenleving door migratieprocessen, zowel in de vorm van allochtoon christendom als in de vorm van mediterrane Islam. Multiculturaliteit in de zorg betekent vooral ook multireligiositeit in de zorg. Nederland wordt dus niet per se 'mindergelovig', zeker ook niet 'meergelovig', maar wel 'meer veelgelovig'. Niet alleen aan de religieuze kant van de samenleving verandert iets, maar ook aan de zorgkant. Waar de gezondheidszorg te technocratisch is of simpelweg faalt, blijken mensen heil te zoeken in alternatieve geneeswijzen met aandacht voor heelheid van de mens, persoonlijke groei en bewustwording, liefde, eigen kracht, en andere typisch overtuigingsgerelateerde doctrines en praktijken.

Ook op het aanbodpalet van de zorg verandert het een en ander. Zo zijn er op het punt van therapieën nieuwe vormen ontstaan, zoals enkele decennia terug in de transpersoonlijke psychologie, de humanistische psychologie en de existentiële psychotherapie, en tegenwoordig is er groeiende aandacht voor spiritualiteit met alternatieve noties van geestelijke gezondheid en dito diagnostische en therapeutische theorieën en methoden. Ik wijs daarbij bijvoorbeeld op de combinaties van cognitieve en meditatieve vormen zoals de 'Mindfulness Based Cognitive Therapy' (MBCT), op de 'Acceptance Commitment Therapy' (ACT), en de op de zogenaamde 'Flow' gebaseerde technieken van Mihaly Csikszentmihalyi.

### Professionele ambivalentie: traditioneel of geïntegreerd?

Een laatste motief dat pleit voor een scheiding van geloof en geestelijke gezondheidszorg is meer klinisch van aard en stelt dat geloof intervenueert in de behandeling van psychische klachten, en dat zowel op het syndroomniveau van de cliënt als op het vlak van het technisch functioneren van de behandelend professional. Geloof – zo wordt gezegd – is een irrationele overtuiging en praktijk die allerlei psychische syndromen en klachten juist in de hand werkt. Daarbij kan gewezen worden op klinische verbanden die bij cliënten wel aangetroffen worden tussen religieuze orthodoxie en psychogene depressies; tussen geloofsvoorstellingen en hallucinaties bij psychotische patiënten; en tussen spiritueel zoekgedrag en borderline problematiek. Het optreden van pastores of geestelijk verzorgers – zo luidt de redenering – bestendigt die syndromen, of – in een minder uitgesproken maar wellicht gevaarlijker variant – hun zorg fungeert als een 'loose canon' in de diagnostiek en multidisciplinaire behandeling van cliënten.

Ook dit derde en klinische argument verdient zowel instemming als afwijzing. Inderdaad bestaat er een wezenlijk verschil tussen het vocabulaire van de geestelijke gezondheidszorg als klinisch repertoire en dat van de geestelijke zorg als religieus en levensbeschouwelijk arrangement van zingeving. Als dat onbemiddeld door elkaar loopt is dat noch in het belang van professionele diagnostiek, noch dienstig aan het welbevinden van cliënten.

Anderzijds gaat het ook om andere zaken die elk een eigen belang kennen. Waar diagnostiek en therapie in de gezondheidszorg gebaseerd zijn op classificatie en behandeling van mentale en sociale disfuncties van ervaring en gedrag, geldt de geestelijke zorg als hulp in zingeving zonder dat daarvoor dergelijke disfuncties daarvoor maatgevend zijn. Die zorg voor betekenisverlening dient in beginsel

zowel gelovigen als ongelovigen en zowel gezonden als zieken (met excuses voor de parallel): beiden worstelen met vergelijkbare geestelijke vragen en antwoorden die de totaliteit van hun leven en het ultieme ervaringskarakter ervan betreffen. Minstens lijkt men daarin even onzeker, al zijn er duidelijke verschillen in de acceptatie van een transcendent perspectief bij een persoonlijk antwoord op de vraag of het eigen leven eigenlijk wel geslaagd is. De persoonlijke vraag naar betekenis raakt ook de zorgdefinitie tot in haar kern. Is geestelijk lijden zinloos, een deficiëntie die hooguit reparatie vergt, of heeft dit leed dat mensen treft zelf ook betekenis in het geheel van hun leven? Een professional of zorginstelling die niet in staat is om dergelijke vragen constructief te beantwoorden laat mijns inziens haar cliënten uiteindelijk in de kou staan.

### Op zoek naar een domeinomschrijving

De vraag die besloten ligt in deze ambivalenties kan dus alleen genuanceerd met nee en ja beantwoord worden. Nee, vanwege de scheiding van kerk en staat, de teruglopende relevantie van de volkskerk, en de falende afstemming van traditioneel geloof en professionele zorg. Ja, echter vanwege de feitelijke functie die geloof in de zorg vervult, de opkomst van allochtone religies als ook de groei van alternatieve levensbeschouwingen, en de opkomst van overtuigingsgerelateerde therapieën in de zorg. De kwestie is dus wellicht niet zo zeer die van een scheiding van geloof en zorg als wel de vraag naar hun onderlinge verband. Wat is dan dat verband tussen geloof en zorg? Welke functies vervult religie in de zorg? Wat is het domein van geestelijke zorg?

In de Barthiaanse reformatorische theologie, en met evenveel gemak in traditionele rooms-katholieke theologie, zou nu al bezwaar aangetekend kunnen worden. De vraag naar de functie van religie wordt door Barthianen ongetwijfeld beantwoord met: *Religio ist Un Glaube*. Alleen God kan

over God spreken, en het gebruik van Zijn Naam voor eigen interesses en belangen veronderstelt eigenmachtige verzoening in plaats van genade. Voor katholieken ligt de klemtoon waarschijnlijk andersom: de natuurwet veronderstelt al een redelijke orde waarop het menselijk handelen gebaseerd is, en dat verdraagt zich nu eenmaal niet erg goed met een afhankelijkheid van vraag en behoefte of externe sturing. Toch hoeven we theologische discussies als deze hier niet te beslechten om toch een functionele blikrichting in te nemen. De geestelijke gezondheidszorg is immers geen kerkelijke voorziening en ook de geestelijke zorg daarbinnen wordt uit een seculiere bron van collectieve middelen betaald. Bovendien zijn zowel cliëntèle als professionals in toenemende mate seculariseerd geraakt. Wie voor een multireligieus of areligieus publiek het maatschappelijk belang van geloof en levensovertuiging wil aantonen zal dat dan ook *etsi deus non daretur* (Bonnhoeffler) moeten verantwoorden: alsof God niet bestond. In de eerder genoemde WRR-verkenning heb ik daartoe zes functies van religie omschreven die op te vatten zijn als formele kenmerken van het domein van geestelijke zorg. Vooralsnog gaat het om domeinaanduidingen die nog professioneel gestalte moeten krijgen in valide kwalificaties. Daarmee is ook duidelijk dat dergelijke functies vooralsnog niet een op een te vertalen zijn in klinische indicatoren met relevantie voor specifieke syndromen.

### Religie verantwoordt identiteit

Identiteitsvragen vertegenwoordigen een kernthema van geestelijke gezondheidproblematiek. Daaronder wordt het type problemen verstaan dat het gevolg is van het verdwijnen van lokale sociale verbanden, conventionele morele kaders en traditionele culturele hulpbronnen. Fundamentele zekerheden ontbreken steeds meer aan het bestaan, waardoor identiteit een product wordt van voortdurende eigen keuzes en persoonlijke beslissingen. Dat kan de identiteit onder druk zetten en tot 'zingevingstress' leiden. Identiteit raakt steeds meer

gebaseerd op eigen prestatie ('achievement') en steeds minder op kenmerken van sociaal en historisch toebehoren ('ascription'). Zo'n gebrek aan vanzelfsprekende betekenis, richting en zin in het leven wordt door cliënten in de GGZ misschien niet steeds als specifieke klacht omschreven, maar kan wel ervaren worden als psychisch manco dat bijvoorbeeld latent aanwezig kan zijn in depressieve klachten. Dergelijke identiteitsvragen corresponderen in meer generieke zin aan typische 'cultuurziekten' van onze tijd die juist onder de minder weerbaren tot geestelijke problemen kunnen leiden.

Godsdiensten en levensovertuigingen spelen in iedere cultuur een cruciale rol in het stichten van identiteit. Religies verhelderen voor personen en groepen dat ze een eenheid vertegenwoordigen die verder gaat dan de grens van hun eigen biografie of familiegeschiedenis. Religies installeren een overtuiging dat de eigen identiteit duizenden jaren oud is; dat men er in geboren wordt, er door gedragen wordt en er in zal sterven.

Zonder overtuiging geen identiteit. De kern van de identiteit drukt daarom de individualiteit, maar tegelijkertijd ook de continuïteit van personen uit, in termen als 'geest', 'geweten', 'goddelijke vonk', of 'ziel'. De individuele continuïteit heeft tegelijkertijd een morele en collectieve betekenis. Religies bieden een rijke symbolische taal en tal van motieven om die identiteit als gezamenlijke overtuiging vorm te geven. Ze hangt niet alleen af van wat jezelf wilt of doet. Ze wordt bevestigd in woord en gebaar in vieringen van die identiteit en in het aanspreken van elkaar op de verantwoordelijkheden die daarmee gepaard gaan. Dat maakt het mogelijk dat 'geest' niet als een naturalistisch substraat van biologisch (dis-)functioneren wordt opgevat maar ook als uitdrukking verstaan kan worden van cultureel-historisch of religieus bewustzijn met – nader te bepalen positieve dan wel negatieve – implicaties voor de geestelijke gezondheid van mensen.

### Religie normeert ervaring en gedrag

Normaliteitsvragen zijn eveneens typisch cultuurafhankelijk en blijken ook vaak verborgen in de fenomenologie van syndromen in de geestelijke gezondheidszorg. Ze hebben betrekking op het geheel van merendeels impliciete opvattingen over de eisen die mensen aan zichzelf en aan anderen stellen. Daarbij gaat het om de normen, idealen en verwachtingen die in het sociale verkeer de onderlinge aanpassing regelen. Te denken valt aan eisen rond informatieverwerking, acceptatie en adaptatievermogen, onderdrukking van agressie, omgaan met idealen, conflicten of verlangens, en bevordering van tolerantie en sociabiliteit. Er wordt wel beweerd dat onze huidige samenleving vrijer, permissiever en alleen maar op genieten is afgestemd. Dat mag in de privésfeer af en toe zo zijn, maar in de openbaarheid lijkt het tegendeel ook waar. In het publieke domein wordt men steeds meer aangesproken op wetgeving, procedures, impliciete gedragsvoorschriften, rechten, plichten, waarden, normen, overtredingen, vergrijpen en vergissingen zonder dat deze steeds cultureel ingebed zijn in collectieve overtuigingen over het goede leven.

Het probleem daarbij is, dat mensen die deze druk en beschavingsstress aankunnen, als norm gelden voor de rest van de samenleving. Zwakkeren zijn doorgaans minder bestand tegen de risico's van dergelijke normatieve dwang. Ze krijgen moeite met de scheidingsdruk tussen hun privaat en publiek gedrag en ze ontwikkelen – zoals we dat dan maar noemen – psychosociale problemen. Normaliteitsvragen zijn typisch een gevolg van de moderniseringsdruk die zich in onze samenleving voordoet. De professionele zorg is daarvan overigens zelf een illustratief voorbeeld, met haar steeds grotere klemtoon op missieprofielen, 'benchmarking', prestatie-indicatoren, kwaliteitsnormen etc. Hoe dan ook, normaliteitsvragen doen zich typisch voor in de dynamische wisselwerking van private en publieke rollen; persoonlijke eisen en sociale verwachtingen; levensidealen en institutionele

verplichtingen. Het zou enigszins abnormaal zijn indien we dergelijke normaliteitsvragen in de zorg zouden verwaarlozen.

Een belangrijke bijdrage van religies is, dat ze normen verschaffen en deze helpen integreren in de cultuur en levensvoering van mensen. Levensovertuigingen definiëren het ethos van een samenleving, haar zeden en gewoonten, en ze bieden leiding aan het handelen juist als de normaliteit op het spel staat, zoals in de buitengewone omstandigheden van ziekte en dood. Door religies en kerken is in het verleden vaak gemoraliseerd en er zijn tal van voorbeelden waarin dat verstikkend heeft gewerkt voor het psychisch welbevinden. Religies worden dan ook vaak afgeschilderd als slippendragers van de burgerlijke moraal. Toch, wie de bron teksten van de grote religies leest kan zich moeilijk aan de indruk onttrekken dat geloof meer, en ook iets anders is dan gangbare moraliteit. Traditionele gewoonten, gevestigde rituele gebruiken, conventies van wat normaal is, lijken er eerder ondergraven dan bevestigd te worden. Levensbeschouwelijke teksten stellen in tal van verhalen en parabels een dergelijke normaliteit eerder op de proef en ter discussie dan dat ze die bevestigen. Normaliteit wordt niet als conformiteit maar juist als authenticiteit omschreven; niet de externe norm maar de interne waarde staat centraal.

Bovendien, keer op keer blijkt dat er grenzen zijn aan de moraal. Kwaad valt ons weliswaar vaak en terecht toe te rekenen, maar ons handelen is tegelijkertijd onvolmaakt en wordt ook getekend door onoverzichtelijkheid, fragiliteit, gebrokenheid, tragiek en feilbaarheid. Religies kunnen dan spreken waar een moraal moet zwijgen. Religies leren respect te hebben voor menselijk falen. Dat respect lijkt mij van groot belang in een tijdperk waarin onze samenleving juridiseert, zoals blijkt in gegroeide praktijken van rechtspraak, journalistiek, ethiek en zorg waarin we elkaar steeds meer lijken af te rekenen op voorschriften of gedragscodes.

### Religie drukt een cultuur van contingentiebeleving uit

Een van de meest diep ingrijpende vragen waarmee mensen geconfronteerd worden, kan als het contingentieprobleem omschreven worden. Contingentie heeft betrekking op het ontbreken van noodzaak, op de aanwezigheid van toeval, op de onmogelijkheid om oorzaken aan te wijzen of doelen te stellen. In de zorg kom je dit als toeschrijvingproblematiek tegen, dat wil zeggen als het onvermogen om een toestand of loop van gebeurtenissen als 'gerechtvaardigd' of 'kloppend' te zien, eventueel uitmondend in een toestand van regeloosheid. Contingentie is alles dat van uiterst belang is maar toch aan de eigen controle ontsnapt. Het gaat hier niet om situaties waarin mensen moeten 'copen', maar om gebeurtenissen waarin er weinig meer te 'copen' valt. Dergelijke vragen vergen doorgaans dan ook geen antwoorden: het zijn worstelingen van de ziel, gevechten met de engel, die aantonen dat een ervaring zelf kan stoten op haar eigen grenzen. Dan moet de relativiteit of tragiek onderkend worden van de situatie waarin iemand zich bevindt en moeten de beperkte of ontbrekende mogelijkheden om die te veranderen onder ogen worden gezien.

Geloof en levensovertuiging bieden steun bij het onderkennen en uitdrukken van contingentie. Religie vertegenwoordigt een *Kultur des Verhaltens zum Unverfügbaren* die mensen helpt om niet te resigneren voor toeval of noodlot maar om dit juist te aanvaarden als iets dat deel uitmaakt van het leven zelf. Een klassieke vraag die hieraan in de theologie en wijsbegeerte correspondeert is die van de theodiceeproblematiek: hoe kan God zowel almachtig en goed zijn en tegelijkertijd het leed dat mensen meemaken toelaten? Dit is niet alleen een theoretische vraag maar vooral een praktische, die in het pastoraat en in de geestelijke verzorging voortdurend terugkeert. Keer op keer blijkt ook dat die existentiële vraag naar de rechtvaardiging van het leed dat mensen treft, geloof en levensovertuiging



niet zo zeer aantast als wel er een beroep op doet. Het tot thema maken van contingentie; het leren stellen van de vraag; het lezen van verhalen, gebeden en parabels waarin die vraag uitgehouden wordt is een formidabele steun in het doorstaan van leed. De kunst en kunde in het onderkennen en tot thema maken van de grenzen van ons geestelijk functioneren, lijkt mij dan ook eveneens een onvervreemdbaar aspect van de kwaliteit van zorg.

### Religie ritualiseert collectieve waarden

Mensen hebben een onbedwingbare behoefte om hun waarden in gedrag uit te drukken en vast te leggen. Ritualiteit is een kenmerk van zowel normaal als deviant gedrag. Ritualiteit blijkt niet alleen vanzelfsprekend op belangrijke momenten in de biografie maar ook op talrijke andere momenten waarin grenzen tussen privaat en publiek domein worden gemarkeerd en belangrijke waarden worden gesymboliseerd. Rituelen communiceren betekenissen waarbij allerlei statuskenmerken in een sociale structuur worden vastgelegd. De subtiliteiten daarvan zijn – bijvoorbeeld door Goffman – ook voor de psychiatrie verkend, waarbij rituele omgangsvormen van groot belang bleken voor de patiëntrol, het hospitaliseringsregime en de verwachtingen van het ziektebeloop. In deviant gedrag treden rituelen ook duidelijk aan het licht, zoals het geval is bij psychiatrische patiënten die op compulsieve wijze handelingen aan voorwaarden, vormvereisten of tijdstippen binden om zo hun emotionele regulering of sociale aanpassing te kunnen waarborgen. Het belang van rituelen voor normaal of deviant gedrag is niet alleen reconstructief maar ook proactief op te vatten. Therapieën in de geestelijke gezondheidszorg zijn zelf als rituelen te omschrijven die gedemoraliseerde cliënten helen door gebruik te maken van technieken die zowel cliënt als hulpverlener ervan overtuigen dat genezing mogelijk is of zelfs ter plekke al plaatsvindt.

Religies hebben altijd rituelen aangeboden en verzorgd, en wel op allerlei wijzen: als erediens of

eucharistie, in de verzorging van de zogenaamde 'rites de passage' bij geboorte, huwelijk, en dood, ter markering van de jaartijden in de cycli van de religieuze feesten, als genezingsritueel of bij allerlei andere meer specifieke ceremonieën of bijzondere gelegenheden. Daarin vervullen geloof en levensovertuiging een sociaal-integratieve functie waarin deelnemers aan het ritueel een gezamenlijke focus ontwikkelen dat de kwaliteit van hun bestaan en samenzijn samenvat en dat als een heilig gebeuren ervaren kan worden. De rite relateert verschillen van klasse, opleiding, gender, gezondheid, nationaliteit of etniciteit waardoor ieder zich kan ervaren als gebonden door een gezamenlijke overtuiging en als geïntegreerd in eenzelfde morele gemeenschap. Riten verdienen dan ook een plaats in de geestelijke gezondheidszorg, althans minstens voor hen die dezelfde waarden wensen te delen.

### Religie drukt transcendentie uit

Transcendentie heeft betrekking op het overstijgend karakter van een ervaring. De ervaringskwaliteit, de emotionele intensiteit of het ultieme karakter van een bepaalde gebeurtenis kan spiritueel of religieus beleefd worden. Dat geldt in het bijzonder voor ervaringen die men opdoet aan de randen van die ervaring zelf, wanneer men de indruk heeft dat de gangbare manier van beleven niet de juiste maatvoering biedt om een bepaalde gebeurtenis te kwalificeren. Iemand voelt zich ontstegen of ongebonden aan de fysieke wereld en merkt dat de waarneming het zelf ingrijpend verandert. De eigen identiteit wordt ervaren in een 'tegenlicht', dat hoe dan ook grote betekenis heeft voor het eigen bestaan. Hoe zeldzaam en niet zelden uniek dergelijk ervaringen in de biografie ook zijn; ze kunnen een grote impact hebben op de wijze waarop men zichzelf evalueert en waarden en verwachtingen in de eigen levensloop omschrijft. Een mooi voorbeeld daarvan vormen de 'bijna dood ervaringen,' zoals ze door cardioloog Pim van Lommel recent beschreven zijn in zijn boek *Eindeloos bewustzijn*. Maar er zijn ook andere voorbeelden in

de zorg te geven, zoals tijdens crises rond ziekte en lijden waarin transcendentie-ervaringen van belang kunnen zijn in de revaluatie van de eigen biografie.

In religieuze zin hebben transcendentie-ervaringen doorgaans het karakter van religieuze belevingen. Daarbij kan het gaan om geloofservaringen van een persoonlijke God, zoals in het theïsme maar ook om onpersoonlijke presentie-ervaringen van een goddelijke werkelijkheid, zij het in pneumatische ervaringen (intentioneel theïsme), mystieke ervaringen (metatheïsme), kosmische ervaringen (pantheïsme) of synthetische ervaringen (panentheïsme). Hoe dan ook zijn transcendentie-ervaringen in geloof en levensovertuiging als uitdrukking op te vatten van zingevende eenheid die chaos repareert. Die ervaring heeft 'eschatologische' kenmerken waardoor een geloofde of gehoopte werkelijkheid ervaren wordt als aanbrendend of als reeds gerealiseerd. Religies verwijzen niet zo zeer naar een externe werkelijkheid, ze verschaffen de wereld zoals we die kennen 'diepte' door de overtuiging die we erover hebben als reeds gerealiseerd aan te bieden. Het 'common sense' karakter van de beleving maakt als het ware plaats voor de levensovertuiging die de kwaliteitsmaat van de waarneming zelf bepaalt. Wie meent dat geloven niet alleen in de kerk plaatsvindt, zou ook ruimte moeten bieden voor de zorg ervoor als het erom spant, zoals in de geestelijke gezondheidszorg.

### Religie habiliteert handelen

Tenslotte wijs ik nog op het belang van iets dat ik 'habilitatie' noem. In de psychiatrie kent iedereen het verwante begrip 'rehabilitatie' dat daar de zorg aanduidt voor de revalidatie van ernstige psychische problematiek. Habilitatie betekent letterlijk het verlenen van handelingsbekwaamheid en -bevoegdheid. Habilitatie is dan het wegnemen van een toestand van demoralisatie en het verschaffen van een zekere morele zelfstandigheid om keuzes te maken en deze vruchtbaar te verantwoorden.

Het gaat dus niet zozeer om het repareren van psychische deficiënties als wel om het bevorderen van een sociale status, het stimuleren van een gevoel van persoonlijke eer en het bijdragen tot een sociaal kader daarvoor. Habitus is dus zowel een persoonlijke dispositie als een sociale gewoonte in de zin van een morele deugd, of zoals Thomas spreekt van een *habitus operativus bonus*: een ontwikkelde houding die het goede bewerkt, en die bijvoorbeeld blijkt in prudent, rechtvaardig, beheerst en moedig optreden in het verwerken van een ziekte. Het werken aan het handelingsbekwaam en bevoegd maken van mensen die vanwege ziekte afhankelijk zijn geraakt van zorg, is een prioriteit die in de zorg weliswaar onderkend wordt, maar die vaak beperkt omschreven wordt in de zin van de ontwikkeling van zelfredzaamheid en sociale re-integratie. Sociale en morele aspecten haken echter juist hier in elkaar, zoals denk ik duidelijk is voor ieder die betrokken is bij de geestelijke gezondheidszorg voor cliënten.

Godsdienst en levensovertuiging dragen bij tot habitatie. Daarbij valt te denken aan de morele ondersteuning van individuele personen, maar ook aan het mobiliserende en emancipatoire vermogen van religies in het aan de orde stellen van 'dehabiliterende' praktijken in de samenleving. De staatsrechtelijke positie van religies stelt hen in staat om een seculiere orde van de staat zowel te ondersteunen als aan te klagen. Religies kunnen zich distantiëren van de maatschappij, waar dat door onrecht nodig is en kritisch protest laten horen met een geestelijk motief. Anderzijds zijn kerken en religies precies ook aanspreekbaar om het morele niveau dat men beoogt ook in de samenleving te realiseren door sociale en geestelijke ondersteuning te bieden in caritas, diaconie of geestelijke verzorging. De scheiding van kerk en staat is dus niet slechts een demarcatie van bevoegdheden maar biedt religies juist ook een spiegel functie door in sociale en morele taken de habitus te ondersteunen en ontwikkelen van ieder die zorg behoeft. Het voorhou-



den van die spiegel biedt dan ook mogelijkheden tot innovatie van de zorg zelf.

### Uitdagingen in de zorg voor godsdienst en levensovertuiging

Ik heb zojuist de geestelijke zorg in de context van de geestelijke gezondheidszorg beschreven in een aantal kenmerkende functies die religie vervult. Daarbij gaat het – toegegeven – om een nog weinig operationele dimensie in het geheel van de zorg, die daarom zonder inspanning aan het oog van managers en professionals in de zorg kan ontsnappen. Niettemin omschrijft deze dimensie in beginsel het domein van de geestelijke zorg. Daarbij staat de geestelijke zorg voor grote uitdagingen om haar domein meer valide te omschrijven en behartigen. Bij wijze van afsluiting zal ik drie van deze uitdagingen schetsen.

Het domein van de geestelijke zorg veronderstelt een zorgspecialisme dat goed in kaart moet worden gebracht. Daarbinnen staat het primaire proces centraal. Het primaire proces vormt de aanduiding van het geheel van diensten waardoor een organisatie of professional beantwoordt aan gewenste veranderingen bij een cliëntèle. Wie is de cliëntèle van geestelijk verzorgers binnen de geestelijke gezondheidszorg? Op welke vragen, behoeften of problemen van geestelijke gezondheid dienen geestelijk verzorgers in te gaan en op welke niet? Wie is proceseigenaar? Welke doelstellingen streven geestelijk verzorgers na? Hoe bepalen zij de resultaten van hun zorg?

Dergelijke vragen rond het procesmanagement lijken technisch of bureaucratisch van aard. Dat zijn ze inderdaad; laten we ze daarom vooral koesteren, want ze bieden doelstellend en probleemoplossend vermogen! Wie die vragen niet beantwoordt, loopt immers het risico om de band van de geestelijke zorg met de missie van de geestelijke gezondheidszorg mis te lopen, de eigen professionele bijdrage onzichtbaar te maken, of het belang te miskennen

van het interdisciplinaire en strategisch beroepsprofiel. Een van de adviezen luidt hier om het primaire proces te onderzoeken, zodat er valide kennis beschikbaar is om dergelijke vragen enigszins representatief te beantwoorden. De antwoorden die daarbij nodig zijn, betreffen de correspondentie van de zojuist onderscheiden functies van geloof en levensovertuiging met daadwerkelijke vragen, behoeften en problemen in de geestelijke gezondheidszorg. Bovendien hebben we inzicht nodig in de condities waaronder geloof en levensovertuiging aan geestelijke gezondheid bijdragen of daaraan afbreuk doen. Daarbij is natuurlijk ook kennis noodzakelijk over de feitelijke effecten van geestelijke zorgtaken en -activiteiten.

Dan is er nog het beroep van geestelijk verzorger, dat de komende jaren met ingrijpende veranderingen te maken zal krijgen. Blijft geestelijke zorg aanwezig als intramuraal eerstelijns patiëntcontact binnen de GGZ, binnenshuis breed gedragen als een erkend zorgspecialisme? Of ontwikkelt de geestelijke verzorging zich tot een tweedelijns ondersteuningsdiscipline voor eerstelijns zorg, en gaat ze in de nieuwe verzekeringskaders diensten aanbieden in extramuraal verband?

Het zijn geheel verschillende scenario's die om andere kwalificaties vragen. Het gaat hier niet alleen om de inhoudelijke keuze van de kwalificaties maar ook om de erkenning ervan. Daarbij moet de vraag naar de uniciteit van het werk in termen van authentieke betrokkenheid, emotioneel belang of ultieme ervaringskwaliteit niet verwisseld worden met de vraag naar het opleidingsniveau dat voor geestelijke zorg noodzakelijk is. De eerste zaken vergen een eigen spiritualiteit, uitstekende persoonlijke houdingen en sociale vaardigheden maar niet noodzakelijkerwijs een academische opleiding. Dat laatste is wél nodig voor wie juist in dat verband op wetenschappelijk niveau over cliënten wil blijven communiceren met artsen, psychologen en orthopedagogen.

Dan moet het wederzijdse vocabulaire in de geestelijke gezondheidszorg begrepen en ontwikkeld worden. Met andere woorden, de geestelijke zorg zal zich – in welk scenario ook – moeten meten aan de standaarden zoals die in andere academische beroepsgroepen gelden in termen van de band met (postinitiële) wetenschappelijke opleiding, kennisontwikkeling door empirisch onderzoek, en professionele feedback in supervisie en coaching.

Tenslotte kan ook een appel worden gedaan op de diverse beleidsactoren in de geestelijke gezondheidszorg. Vele instellingen zijn zich bewust van hun historische verplichting aan het religieuze erfgoed waaruit de zorg mede is voortgekomen. Het draagt er toe bij dat besturen de geestelijke zorg vaak een warm hart toedragen en zich bewust zijn van het belang van levensbeschouwelijke zorg. Soms komt dat belang in de mission statements nog wel eens naar voren, maar in de beleidsplannen ontbreekt het meestal.

Dat geldt nog sterker voor de overheid. Zorg is verreweg de grootste begrotingspost in onze overheidsuitgaven en alleen al in de GGZ gaat jaarlijks meer dan 4 miljard euro om. Uitgaven voor geestelijke zorg nemen binnen de zorguitgaven uiteraard een verwaarloosbaar segment in, maar er is simpelweg ook te weinig begripsvorming en beleidsrelevantie om ingrijpende innovaties in de geestelijke zorg te rechtvaardigen en te bekostigen. Illustratief is dat het Ministerie van VWS weliswaar een aandachtsveld 'levensvragen en ethiek' kent, maar daarbinnen slechts bio-ethische controverses centraal stelt. Ook de achtergrondgenootschap

pen dragen weinig bij tot een innovatief beleid in de zorg. De geestelijke zorg wordt door de achtergrondgenootschappen teveel als een representatie van het traditionele en binnenkerkelijke takenpakket opgevat, zonder zich al te zeer te bekommeren om integratie in het multidisciplinaire zorgverband van de GGZ, of de ingrijpende ontwikkelingen die zich hier voordoen. Er is onder de verschillende beleidsactoren zonder meer veel goodwill, maar vaak ook gebrek aan expertise. Daardoor blijven mogelijkheden onbenut om in het kader van extramuralisering, de WMO, en de individualisering van cliëntbudgetten, nieuwe functies en taken in de geestelijke zorg te behartigen.

Met deze schets van drie uitdagingen: die van kennis- en inzichtontwikkeling in het primaire proces van geestelijke zorg, het belang van voortgaande academische kwalificering, en de betrokkenheidsvergroting van maatschappelijke actoren, valt op dat de geestelijke zorg een lange weg te gaan heeft. Daarbij valt overigens eveneens het geloof in de GGZ op: een bereidheid en enthousiasme om nieuwe wegen in te slaan en het religieuze en levensbeschouwelijk kapitaal dat in de zorg aanwezig was en is opnieuw te investeren.

---

\* Prof. dr. Hans Schilderman is hoogleraar Religie en Zorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen – Faculteit Religiewetenschappen.

Deze bijdrage vormt een bewerking van de lezing 'Voorbij de scheiding tussen geloof en GGZ' tijdens het gelijknamige Symposium georganiseerd door GGZ-instelling 'De Grote Rivieren', te Hardinxveld-Giessendam op 11 maart 2008.