

De spirituele dimensie in het biopsychosociaalspiritueel model (BPSS): specificeerbaar naar christelijk geloof?

MARGREET DE VRIES-SCHOT

SAMENVATTING

Het is van belang om als zorgverleners te bepalen hoe we aankijken tegen de plaats van de spirituele dimensie in de hulpverlening: als ondergeschikt, als nevenschikt of als overkoepelend binnen het voorgestelde biopsychosociaalspiritueel model (BPSS). In dit artikel wordt besproken dat deze plaats verschilt al naar gelang het gaat om diagnostiek, behandeling dan wel theorievorming en wetenschappelijk onderzoek.

In de geestelijke gezondheidszorg worden problemen op het spirituele terrein in de diagnostisch fase beschouwd als niet pathologische omgevingsinvloeden, waarmee de spirituele dimensie een ondergeschikte positie inneemt. De behandelfase richt zich voornamelijk op krachtbronnen waarbij de spirituele dimensie een nevenschikte positie krijgt toegewezen. Anders- of niet-gelovige zorgverleners kunnen meningen of inspiratiebronnen hebben die op gespannen voet staan met het christelijk geloof. Het is belangrijk deze spanningsvelden te onderkennen en weloverwogen te hanteren. In de wetenschappelijke reflectie op de plaats van de spirituele dimensie binnen het BPSS kan deze dimensie als overkoepelend beschouwd worden. Het biedt een uitdaging voor christelijke zorgverleners om meer wetenschappelijke output te leveren. Uitkomsten kunnen geïmplementeerd worden in een evidence based behandelpraktijk.

Trefwoorden: spiritualiteit, godsdienst, gezondheid, biopsychosociaalspiritueel model.

GELOOF EN GEESTELIJKE GEZONDHEID

Er is inmiddels een groeiend aantal publicaties dat aangeeft dat godsdienst niet alleen een rol kan spelen in de (psycho)pathologie, maar overwegend een positieve invloed uitoefent op de (geestelijke) gezondheid en de levensstijl (onder meer Koenig, McCullough & Larson, 2001). Zo blijkt regelmatige kerkgang een gunstige invloed te hebben op de incidentie van depressie (Maselko, Gilman &

Buka, 2009). Het onderscheid van Gordon Allport (Allport & Ross, 1967) in de jaren zestig tussen intrinsieke (authentieke en oprechte) godsdienstigheid als doel op zich en extrinsieke godsdienstigheid waarbij godsdienst vooral middel tot een ander doel is, blijft aanspreken. Intrinsieke godsdienstigheid is gerelateerd aan een grotere geestelijke gezondheid en aan meer welbevinden terwijl extrinsieke godsdienstigheid gerelateerd

is aan minder geestelijke gezondheid en minder welbevinden (Hackney & Sanders, 2003). Het gaat hierbij vooral om welbevinden, hetgeen past bij de bredere definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie, namelijk een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of ander lichamelijk gebrek.

Godsdienst werd in het verleden wel eens benoemd als een collectieve psychose. Godsdienstige mensen als groep blijken echter goed in staat zijn met de werkelijkheid van alledag om te gaan, hetgeen hen onderscheidt van mensen met psychopathologie zoals een psychose. Meer gespecificeerd onderscheidend beschouwd: gelovigen erkennen het bijzondere van hun ervaringen, delen hun ervaringen of ideeën met meer mensen (intersubjectieve realiteit), hebben geen verstoringen in hun gedachteprocessen, functioneren goed in het leven van alledag, zijn niet gevaarlijk voor zichzelf en anderen en de manier waarop ze in het leven staan verslechtert doorgaans niet maar verbetert veeleer (Koenig, 2011).

Godsdienst is dus een dimensie waarmee terdege rekening mag worden gehouden.

HET BIOPSYCHOSOCIAALSPIRITUEEL MODEL EN ONDERZOEK NAAR DE SPIRITUELE DIMENSIE

In eigen wetenschappelijk onderzoek op dit gebied (De Vries-Schot, 2006 en 2008, De Vries-Schot, Van Uden, Heitink & Pieper, 2008) stond centraal hoe een meer concrete invulling kan worden gegeven aan de visie dat het christelijk geloof een niet te verwaarlozen krachtbron kan zijn en als zodanig bijdraagt aan geestelijke gezondheid. Hierdoor kunnen mensen niet alleen hun lijden uithouden maar ook omvormen of laten vormen tot iets hogers. Uitgangspunt voor het onderzoek was de term 'mature religion'. Twee groepen deskundigen vanuit de psychologie/psychiatrie en vanuit de theologie, verzameld in een 'Delphi panel', bogen zich over de omschrijving/invulling van de term 'mature religion'. Er werden hun aspecten/omschrijvingen voorgelegd die waren bijeengebracht uit het wetenschappelijk gedachtegoed van respectievelijk de psychologie/psychiatrie en de theologie. Als beste vertalingen werden aangegeven 'geïntegreerd' en 'volwassen' geloof.

Geïntegreerd betekent dat het geloof steeds wordt betrokken op het dagelijks leven en dat het dagelijks leven steeds wordt geplaatst in het geloofskader. Volwassen betekent dat er sprake is van groei en beweging. Er werd over 23 aspecten vanuit de literatuur consensus bereikt (bij twee derde meerderheid). Daarvan konden 21 worden gegroepeerd in drie onderscheiden factoren, namelijk:

- Gerichtheid op hogere waarden vanuit innerlijke vrijheid.
- Vertrouwen op God doordringt het hele leven.
- Verantwoordelijkheid voor medemens en schepping.

In deze drie factoren is het grote gebod te herkennen, namelijk de relatie tot jezelf, tot God en tot de ander.

De daaruit ontwikkelde lijst is in een validatie-onderzoek voorgelegd aan 165 cliënten die in hulpverlening waren (104 in de tweede lijn en 64 in de eerste lijn) in de vorm van een zelf in te vullen vragenlijst – in de ik-vorm – en aan 171 gemeenteleden (controlegroep) uit diverse kerken. Statistische berekening isoleerde een lijst van 16 items die samen één valide en betrouwbare schaal vormen (Cronbach's alpha .92) (De Vries-Schot, Van Uden & Pieper, 2012). Voor de inventarisatie van een in het dagelijks leven geïntegreerd en richtinggevend geloof is deze lijst bruikbaar. De aldus ontwikkelde 'Mature Religiosity Scale', de MRS, als maat voor 'geïntegreerd', 'volwassen' geloof, bestaat uit de items zoals weergegeven in figuur 1 op pagina 82.

Met deze MRS krijgt de zorgverlener inzichtelijk wat de waarde van de spirituele dimensie als krachtbron bij zijn/haar cliënt kan zijn.

Daarnaast is voorgesteld om het bekende biopsychosociale model uit te breiden tot een biopsychosociaalspiritueel model, af te korten tot BPSS (onder andere De Vries-Schot, 2006 en 2008). Toevoeging van een spirituele dimensie aan het biopsychosociale model schept echter vragen: wat is de betekenis daarvan, en belangrijker nog, hoe verhoudt zich de spirituele dimensie tot de andere drie dimensies?

Getracht zal worden om in het vervolg een antwoord op deze twee vragen te vinden.

	Ik heb het idee dat ik mij steeds meer aan God toevertrouw.
	Het geloof ondersteunt mijn besef van eigenwaarde en identiteit.
	Het weet hebben van Gods liefde is het fundament van mijn leven.
	De zin en betekenis van mijn leven ligt voor mij in de relatie tot God.
	De ervaring van God in mijn leven motiveert mij om voor het goede te kiezen, ook als het moeilijk is.
	Ik geloof oprecht, niet omdat het moet of vanuit angst.
	In tijden van tegenslag merk ik dat ik op God vertrouw.
	Ik ben bereid om verantwoording af te leggen tegenover God en mijn medemens over mijn levenswijze.
	Mijn geloof is gericht op waarden, die uitgaan boven lichamelijke en sociale behoeften.
	Vanuit mijn besef dat God de mens liefheeft, streef ik ernaar mijn medemens lief te hebben.
	Het geloof heeft invloed op alle gebieden van mijn leven.
	De ontwikkeling van mijn persoonlijkheid en mijn geloof beïnvloeden elkaar.
	Als persoon kom ik alleen in een relatie met God volledig tot mijn recht.
	Bidden en doen van gerechtigheid horen voor mij onlosmakelijk bij elkaar.
	Ik streef naar hogere waarden als liefde, waarheid en gerechtigheid.
	Mijn gevoel van eigenwaarde hangt vooral samen met wie ik ben en niet zozeer met wat ik heb.

Figuur 1: Mature Religiosity Scale (MRS)

BPSS EN DE BETEKENIS VAN DE SPIRITUELE DIMENSIE

Het Latijnse woord 'spiritus' (ademtocht, vergelijk aspiratie) kan in meer algemene zin gebruikt worden maar ook op het christelijk geloof toegepast worden. In meer algemene zin gaat het daarbij om de waarden die mensen in hun leven aanhangen en waaruit ze hun inspiratie halen. Door het grotere verband worden individuen als het ware boven hun eigen individuele leven uitgetild en zijn ze zinvol ingeschakeld.

Daarnaast is er de spiritus in het christelijk geloof waarbij het gaat om de Heilige Geest: de Spiritus met een hoofdletter die begeestert. Het Griekse woord hiervoor is 'pneuma', waar ook het Hebreeuwse woord 'ruah' in doorklinkt. Dit woord staat voor de levensadem die God blies in de eerste mens en zo verbond Hij de mens met Zich in het scheppingsverhaal uit Genesis.

Een dergelijke tweeledige opvatting van wat spiritueel is, kent parallellen met de huidige ontwikkelingen in het pastoraat. Dat wordt steeds verder onderverdeeld naar de te bedienen groepen. Het is daardoor zowel algemeen als specifiek, waarbij het voor de uitdaging staat om vorm te geven aan het geloof ten behoeve van bepaalde groepen (Van Straten, 2010).

De tweeledigheid van de betekenis zal in het hiernavolgende steeds aan de orde komen. Het gaat daarbij om een algemene betekenis van de spirituele dimensie en om een toespitsing op het christelijk geloof. Dit kan soms een spanningsveld opleveren, omdat er sprake kan zijn van verschillende soorten waarden.

RELIGIEUZE TEGENOVERDRACHT

Het is voor iedere hulpverlener belangrijk professioneel om te gaan met de eigen levensovertuiging en om zich bewust te zijn van eventuele spanningsvelden. Dit gebeurt door de eigen tegenoverdracht te onderzoeken die voortkomt uit de persoonlijke levensgeschiedenis. Uleyn (1986) heeft een aansprekende indeling gemaakt in religieuze tegenoverdracht, namelijk bestrijden, vermijden en belijden. Professionele zelfanalyse van de hulpverlener die gebruik maakt van deze indeling, zal de eigen religieuze tegenoverdracht (h)erkennen en daardoor een open luisterhouding faciliteren. Ieder mens is welkom met zijn of haar verhaal, met zijn of haar ziekte en met zijn of haar verleden.

De bijbel beschrijft hoe Jezus zelf met iedereen omging die Hij ontmoette, ook met prostituees en tollenaars. Hij maakte duidelijk onderscheid tussen de persoon en zijn gedrag/overtuiging. De mensen zelf wees Hij nooit af als ze bij Hem kwamen, maar Hij kon kritisch spreken over hun manier van doen. In de jaren zeventig en tachtig bestond onder hulpverleners vooral de neiging om geloof te bestrijden. Later was er meer sprake van

vermijden. Daarentegen hebben christelijke zorgverleners mogelijk de neiging tot belijden maar proberen zij dat wellicht ook weer te vermijden, waardoor er een impasse kan ontstaan met als gevolg dat het onderwerp godsdienst niet of nauwelijks aan bod komt. Twee voorbeelden:

- Een cliënt die bekend is in de verslavingszorg wil wel afkicken, maar er blijkt verder vooral leegte in zijn leven te zijn, zodat het de vraag is of hij het volhoudt.
- Een cliënt met een islamitische levensovertuiging, haalt aan dat Isa (dat is Jezus in de Koran) volgens Sura 4 in de Koran niet zelf gekruisigd is, maar dat er een verwisseling van lichamen heeft plaatsgevonden zodat er een schijnlichaam aan het kruis hing. Een kruisdood is volgens de islam te oneervol voor een profeet.

Het is in beide gevallen belangrijk om een open houding te houden en te exploreren wat van waarde is in het leven van de cliënt en om het onderwerp zingeving en spiritualiteit niet uit de weg te gaan, ook al zou de invulling ervan volstrekt anders zijn dan de eigen invulling. Het gaat in de hulpverlening immers primair om het onderhouden van een werkrelatie. Daarom moet een behandelaar goed weten wat de cliënt beweegt. Zo dient iedere cliënt onbelemmerd over de eigen godsdienst en de betekenis daarvan voor het eigen leven te kunnen spreken en dient de hulpverlener geïnteresseerd te luisteren en vragen te stellen om dit proces bevorderen.

Maar wat doet een christelijke hulpverlener met de eigen overtuiging bij confrontatie met leegte in iemands leven of met een opvatting die vrijwel tegengesteld is aan de eigen christelijke overtuiging? De neiging kan ontstaan om te evangeliseren teneinde de leegte te vullen of de opvatting te corrigeren of om dit juist uit de weg te gaan. Een eerste stap blijft het zich bewust zijn van een dergelijk spanningsveld. Maar daar hoeft het niet bij te blijven.

Een mogelijkheid om hiermee om te gaan is het hanteren van het principe dat staat in Kolossenzen 4 vers 6: 'Uw spreken zij te allen tijd aangenaam, niet zouteloos; gij moet weten, hoe gij aan ieder het juiste antwoord moet geven' (NBG-vertaling). Dat is iets anders dan zwijgen. Belangrijk in deze tekst is het woord 'antwoord'. Er gaat dus een vraag aan

vooraf, het initiatief ligt elders. Wanneer een cliënt oprecht vraagt, direct of indirect, naar de overtuiging of geloof van een zorgverlener, gaat het in het antwoord in eerste instantie om 'getuigen' wat iets anders is dan opdringen of overtuigen. Voortdurende zelfreflectie maar ook professionele observatie is nodig om te bepalen of de drijfveer om op religieus gebied iets uit te dragen ten behoeve van de cliënt is. Zo is het mogelijk om enerzijds het eigen geloof niet te verloochenen als er naar wordt gevraagd maar anderzijds erop te letten de relatie met de patiënt te blijven houden en niet te schaden door woorden of gedrag.

DE SPIRITUELE DIMENSIE EN DE OVERIGE DRIE DIMENSIES

Diagnostiek en classificatie in DSM-IV en DSM-V

Rekening houdend met de eigen tegenoverdracht, is het voor de praktijk van de hulpverlening belangrijk om te differentiëren tussen aspecten die bevorderend zijn voor de gezondheid en die belemmerend zijn of verwarring geven. Wat wezenlijk is voor de patiënt, heeft immers de interesse van de hulpverlener. In relatie tot geloof kan hierbij worden gedacht aan aspecten zoals:

- Troost, geborgenheid (relatie met God).
- Sociale steun (relatie met anderen).
- Normen en waarden (relatie met het zelf).

Er zou gestart kunnen worden met een indruk krijgen van wat het belangrijkste is in iemands leven ofwel wat voor iemand de hoogste waarde vormt. Van iemands waarden zijn immers diens normen afgeleid. Wat is de betekenis daarvan in het dagelijks leven en is iemands overtuiging veranderd in de loop van de tijd? Als dat het geval is, kan iemands historie op dit gebied verder verkend worden.

Ieder mens heeft in meer of mindere mate een richtinggevende hoogste waarde, wat niet altijd op geestelijk gebied hoeft te liggen, maar ook wel gezondheid, genieten, het gezin of geld kan zijn. Bij de laatste voorbeelden wordt een niet spirituele dimensie, respectievelijk de biologische, de psychische en de sociale, tot hoogste goed verheven. De spirituele dimensie kan hierbij of afwezig zijn of latent aanwezig zijn maar niet worden (h)erkend door de cliënt of bewust aan de waarneming van

de zorgverlener worden onttrokken als te kwetsbaar, te privé. In het laatste geval is het van belang actief te exploreren. In de intake kan één vraag al faciliteren dat de hulpvrager zich meer gaat uiten hierover en in ieder geval is dan het signaal afgegeven dat de hulpverlener ook voor dit onderwerp openstaat. Om te waarborgen dat er een vraag gesteld wordt, is het aan te bevelen dat er in het intakeverslag een kopje 'godsdienst/ levensovertuiging' staat. Concreet kan bijvoorbeeld gevraagd worden: 'Wat is voor u het belangrijkste in het leven?' Of: 'Bent u gelovig of heeft u een speciale levensovertuiging?' Zo ja: 'Bent u ook lid van een kerk? Van welke kerk? Gaat u ook geregeld naar de kerk of bent u meelevend?' Zo nee, dan is het mogelijk om dit onderwerp te laten rusten, tenzij de ander hierover door wil praten. Let in het gesprek op positieve, negatieve en verwarrende aspecten en vraag bij signalering hiervan door.

Het gaat er vooral om te bepalen of de levensbeschouwing interfereert met de psychische of psychosociale pathologie. Ook wordt onderzocht welke aspecten van een overtuiging luxerend dan wel onderhoudend zijn voor psychopathologie en/of beschermend. Bij deze opvatting past het om alle levensbeschouwingen en religies als gelijk te zien, immers er wordt alleen gekeken naar aspecten die mogelijk interfereren met de psychopathologie en naar aspecten die kunnen dienen als krachtbron. De pathologie staat in deze medische opvatting centraal. De spirituele dimensie is hier ondergeschikt.

Een dergelijke gedachte past bij het classificatiesysteem DSM-IV. Sinds de komst daarvan in 1994 is het niet meer vrijblijvend om iemands geloof en levensbeschouwing ter sprake te brengen in de hulpverlening. Er is namelijk een aparte V-code opgenomen, de V62.89 'religieus of geestelijk probleem'. Deze categorie kan worden gebruikt wanneer het focus van klinische aandacht een religieus of spiritueel probleem betreft. Een V-code wil zeggen dat dit een categorie betreft die niet pathologisch is, maar mogelijk wel invloed heeft op het ziektebeeld. Ook psychosociale problemen en omgevingsinvloeden, die doorgaans op een aparte as, namelijk as IV, worden aangegeven, kunnen met een V-code op As I worden vastgelegd als ze een eerste reden voor zorg vormen. Klini-

sche stoornissen evenals andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn, worden op As I gecodeerd. Persoonlijkheidsstoornissen en verstandelijke beperkingen worden op As II vastgelegd. Op as III worden actuele somatische aandoeningen vastgelegd, die potentieel relevant zijn voor het begrijpen of behandelen van een psychische stoornis. Hiermee wordt duidelijk dat de psychische dimensie centraal staat in de classificatie, zowel op As I en/of II, en dat de andere dimensies van het BPSS op het terrein van de diagnostiek als ondergeschikt worden beschouwd aan de stoornis(sen).

Intussen is er een voorstel om in de DSM-V de V-code 'religieus of geestelijk probleem' te handhaven maar qua type problemen te updaten. Onder de voorbeelden komen waarschijnlijk te staan mystieke ervaringen, bijna-doodervaringen, psychische ervaringen waarmee bedoeld wordt buitenzintuiglijke waarnemingen, ervaringen van ontvoeringen door aliens, meditatie en ervaringen die gerelateerd zijn aan spirituele praktijken, bezetenheidervaringen. Opvallend is, dat hiermee een scala aan spiritualiteit wordt beschreven, die persoonlijke ervaringen betreffen. Dergelijke, deels paranormale ervaringen, zouden de laatste decennia namelijk fors zijn toegenomen (Lukoff, Lu & Yang, 2011).

Mocht er overigens meer aan de hand blijken te zijn in de diagnostische fase op het terrein van de spirituele dimensie dan een niet pathologisch probleem, dan kan het beste verwezen worden naar een deskundige op dit terrein (pastor, dominee, rabbijn et cetera).

De behandelpraktijk

Mensen die hulp zoeken in de geestelijke gezondheidszorg hebben doorgaans tijd en aandacht nodig. Met name de attitude van de hulpverlener bepaalt de kwaliteit van zorg. Hiervoor kan de presentiegedachte centraal staan (Goossensen & Thissen, 2011). De presentiebenadering wil professionals scholen in anders kijken en beter zien. Presentie staat voor nabijheid en aandacht, het serieus nemen van de ander, ook in onbegrijpelijk gedrag. Presentie beoogt een zorgrelatie die zowel weldadig is als richting geeft.

De kwaliteit hoeft niet in tegenspraak te zijn

met de kwantiteit. De stroom van cliënten en patiënten die op het pad van de hulpverlener komt, wordt als het goed is niet veronachtzaamd. Onderzoek toont dat de specifieke factoren ongeveer 70% uitmaken van de werkzaamheid van de psychotherapie en waarschijnlijk ook van de hele hulpverlening. Tegenwoordig worden deze factoren terecht de 'common factors', de gemeenschappelijke factoren, genoemd (Messer & Wampold, 2002). Daarmee wordt bedoeld dat die factoren overstijgend zijn aan maar tegelijk ingebed zijn in de verschillende therapierichtingen. Kenmerkend voor deze common factors is de werkrelatie met de patiënt. Daarbij gaat het vooral om betrouwbaar zijn, authentiek zijn en de capaciteit bezitten om, waar nodig, het contact te herstellen. Deze eigenschappen vallen binnen en zijn gericht op de kernwaarde 'liefde' van het christelijk geloof. Daarnaast dient er een methode te worden gehanteerd waarin zowel hulpverlener als patiënt vertrouwen hebben en dus geloof hebben in de werkzaamheid. Daarom is aandacht voor het adviesgesprek en het opstellen van een goed behandelplan zo belangrijk. De doelen worden zo veel mogelijk SMART geformuleerd (dat wil zeggen Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden). Door de contacten met de hulpverlening gaat de patiënt doorgaans weer perspectief zien ofwel hoop krijgen dat het eigen leven weer op orde komt en de moeite waard is. Hierbij is het van belang dat de persoon zelf meer centraal staat en niet alleen de psychopathologie. Het *augmenteren van de sterke kanten van iemands persoonlijkheid en leven, gebruikmakend van krachtbronnen, kan een verstoorde balans herstellen waarin het individu weer betekenisvolle relaties kan aangaan met zijn sociale omgeving.*

Hier kunnen we de spirituele dimensie zien als één van de vier essentiële dimensies van iemands leven. Het is een opvallende observatie dat veel mensen na het bereiken van de initiële doelen zich meer gaan (her)oriënteren op zingeving. De aanvankelijke inspiratiebronnen zijn lang niet altijd toereikend voor een volgende fase in het leven. In eigen onderzoek bleek ook dat het item dat het meest correleert met 'mature religion' het item is: 'ik heb het idee dat ik mij steeds meer aan God toevertrouw'. Hiermee wordt groei en ontwikke-

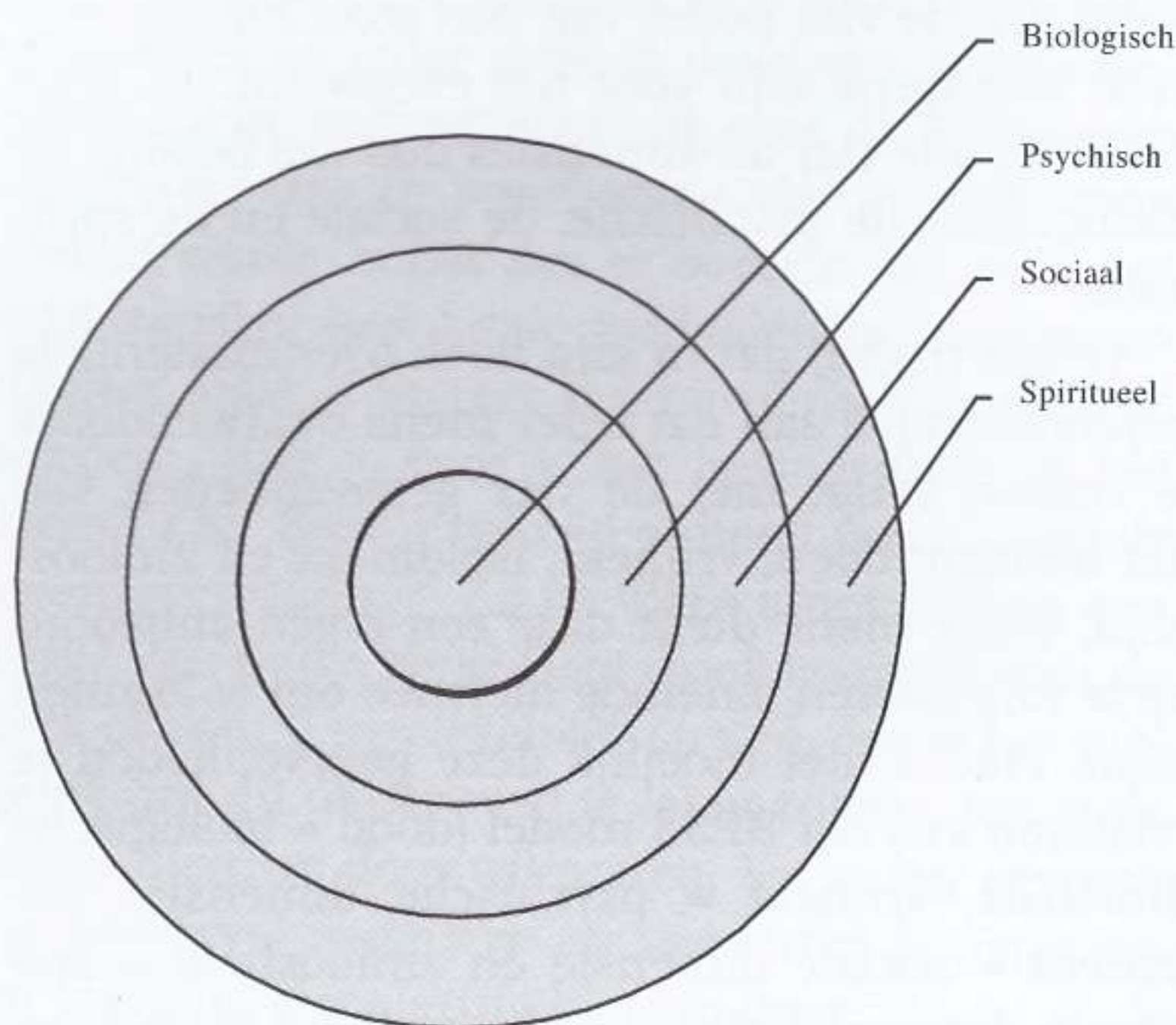
ling aangeduid, wat betekent dat ook de spirituele dimensie belangrijk is voor de persoonlijke ontwikkeling. Yudofsky (2005) gebruikt hiervoor het beeld van de vier poten van een stoel die alle vier even belangrijk zijn voor het evenwicht. In deze visie zijn alle vier de dimensies dus van belang: de biologische, de psychische, de sociale en de spirituele.

Yalom (1980) gaf in zijn boek over existentiële psychotherapie aan dat ieder mens onafwendbaar te maken krijgt met de vier gegevenheden van het bestaan: dood, vrijheid, isolement en zinloosheid. Ieder mens dient daar een eigen antwoord op te formuleren teneinde hiermee om te kunnen gaan. Het is niet moeilijk deze gegevenheden te relateren aan het BPSS model (dood $\approx$ biologische dimensie, vrijheid $\approx$ psychische dimensie, isolement $\approx$ sociale dimensie en zinloosheid $\approx$ spirituele dimensie). Dit lijkt bij vrijheid misschien vreemd, maar ultieme, onbegrensde vrijheid kan beangstigend zijn. In de hulpverleningspraktijk zal aan iedere dimensie aandacht worden besteed en de behandeling met name worden gericht op de dimensie(s) waarop de meeste problemen worden ervaren en/of die kunnen dienen als krachtbron. In de behandel fase is voor de spirituele dimensie een nevenschikte positie het meest passend.

Theorievorming en wetenschappelijk onderzoek

In de theorievorming kunnen de vier dimensies van het BPSS-model worden gezien als steeds grotere gehelen. De psychische dimensie omvat als het ware de biologische dimensie, want de persoon bestuurt grotendeels het lichaam, de sociale dimensie bevat meer dan de psychische dimensie omdat het intermenselijk belang een groter geheel betreft dan het individu, terwijl deze dimensie weer wordt aangestuurd door overstijgende waarden en normen die gedeeltelijk worden geformuleerd door de sociale context maar voor een belangrijk deel ook worden geïnspireerd vanuit de spirituele dimensie. Wanneer de spirituele dimensie wordt ingevuld vanuit het christelijk geloof betreft dit de relatie met God in Christus Jezus, waarbij Zijn Heilige Geest de andere dimensies beïnvloedt. God staat aan het begin van alles en als alles wegvalt is Hij nog steeds daar. 'Hij is erbij' betekent dan ook Zijn Naam. Volgens deze opvatting kunnen de vier

dimensies grafisch als steeds grotere, meer omvattende cirkels worden weergegeven:



Figuur 2. De vier kerndimensies grafisch weergegeven

We zouden kunnen stellen, dat theoretisch gezien de vier dimensies weliswaar steeds meer overkoppelend worden, maar dat de impact van een verstoring omgekeerd lijkt te zijn. De dood is een biologisch gegeven, waar we niet omheen kunnen. De lichamelijke aftakeling bij ouderdom of bij ziekte is een onafwendbare voorbode hiervan. De vrijheid van de psychische dimensie kan angstaanjagend zijn en verlamdend, terwijl het gevoel van vastzitten aan het noodlot of gedomineerd worden door omstandigheden of door anderen net zo angstaanjagend kan zijn. Echte (keuze)vrijheid wordt doorgaans meer ervaren naarmate er lichamenlijk voldoende mogelijkheden zijn. De persoonlijke invulling van de sociale dimensie kan vaak meer tot zijn recht komen als de andere dimensies niet te beperkend zijn en er dus sprake is van gezondheid en vrijheid van handelen. En ten aanzien van de spirituele dimensie denkt de hedendaagse mens vaak dat hij of zij zonder kan, maar het is tegelijk juist deze dimensie die het leven zinvol en de moeite waard maakt.

Het is qua theorievorming in deze tijd correct om alle religies als bronnen van waarden of spi-

ritualiteit naast elkaar te bespreken, hetgeen een weerspiegeling lijkt te zijn van maatschappelijke 'politieke correctheid'. Zo staat er in de inleiding van Piet Verhagen in het in 2010 verschenen Engelstalige handboek over religie en psychiatrie (onder redactie van Verhagen en Van Praag) te lezen, dat er geen sprake mag zijn van apologetiek (apologetiek is verdediging van de geloofsleer). Dit standpunt lijkt heel logisch. Echter, er kleeft ook een nadeel aan, namelijk dat de theorievorming al van meet af aan te maken heeft met een inperking.

Wederom is het dus de vraag wat we kunnen doen met onze christelijke geloofsovertuiging in een multiculturele en multireligieuze samenleving waarin wetenschappelijk onderzoek gericht op effectieve behandelingen steeds minder geloofsexclusief mag zijn. Aan de andere kant weten we intussen uit onderzoek dat het christelijk geloof een gunstige uitwerking heeft, zoals aangehaald in de inleiding.

Onze huidige westerse samenleving is multireligieus. Dat is een gegeven, maar is dat dan tegelijk een principe? Is alles relatief, zoals onze postmoderne samenleving wel lijkt te propageren? Geldt dit ook voor de waarheid? Is die ook per definitie relatief ofwel pluriform? Er lijkt niets nieuws onder de zon. Pilatus vroeg zich al af: 'Maar wat is waarheid?' toen Jezus zei: 'Ik ben geboren en naar de wereld gekomen om van de waarheid te getuigen, en ieder die de waarheid is toegedaan, luistert naar wat ik zeg' (Johannes 18 vers 37-38). Dit gesprek tussen Jezus en Pilatus heeft niets aan actualiteit ingeboet. We mogen onze opinies hebben en meningsverschillen. We moeten daarin respectvol zijn. Maar er blijven onoverbrugbare controversen waarin er slechts één waarheid kan zijn. Een voorbeeld is dat het wel degelijk uitmaakt of Jezus is gestorven voor onze zonden en is opgestaan of dat niet Hij gekruisigd zou zijn maar dat er een schijnlichaam hing aan het kruis of iemand anders in plaats van Hem, juist omdat een kruisigingdood te oneervol zou zijn voor een profeet, zoals de Koran (Sura 4) schrijft. Slechts één van beide zienswijzen kan uiteindelijk waar zijn, want ze sluiten elkaar uit.

Durven wij als persoon, als hulpverlener, als deel van een van oudsher joods-christelijk geïn-

spireerde samenleving het christelijk geloof de leidgodsdienst te noemen en de voornaamste inspiratiebron? Zijn we ervan overtuigd dat juist deze godsdienst die op liefde en rechtvaardigheid is gebaseerd een heilzame invloed heeft op alle persoonlijke levensterreinen en daarnaast ook heilzaam is voor de samenleving, omdat het geloof immers per definitie ook sociaal is? In deze tijd wordt het geloof abusievelijk naar de privé-sfeer teruggedrongen. Dit past echter niet bij het wezen van het christelijk geloof. Met de woorden van de hedendaagse Amerikaanse theoloog Hauerwas (2010, p. 149-150): 'Geloof is in feite ons ware leven vinden binnen het leven van Christus. Zo worden we in de doop letterlijk geïnitieerd in Zijn leven. Dit leven is fundamenteel sociaal van karakter. Wat Jezus heeft gedaan stelt ons in staat in onze levens Gods vrede te kennen en te belichamen door vrede te vinden met God, met onszelf en met elkaar'.

Ook op het terrein van de theorievorming is er dus een spanningsveld merkbaar ten aanzien van de spirituele dimensie, waarbij we enerzijds onvermijdelijk eigen overtuigingen hebben, eveneens ten aanzien van de reikwijdte ervan, en anderzijds het wetenschappelijke uitgangspunt van een zo groot mogelijke objectiviteit willen onderschrijven. Ook nu geldt dat bewustwording van belang is. Het is zeer wel mogelijk dat we juist door intersubjectiviteit controversen kunnen accentueren tot te onderzoeken parameters in vergelijkend onderzoek. Juist scherp geformuleerde hypothesen kunnen leiden tot uitkomsten van onderzoek die relevant zijn voor een evidence based behandelpraktijk.

TOT SLOT

Het is belangrijk om ons te realiseren hoe we zelf aankijken tegen de plaats van de spirituele dimensie in de hulpverlening: als ondergeschikt, als nevengeschikt of als overkoepelend. Hoe is die plaats nu en hoe zouden we die willen zien? De plaats van de spirituele dimensie verschilt met de aard van het onderwerp (diagnostiek, behandeling dan wel theorievorming/wetenschappelijk onderzoek). Hoe dan ook ontkomen we niet aan het innemen van een persoonlijke positie en is het belangrijk om ons ervan bewust te zijn dat we ons

daarmee in een spanningsveld kunnen begeven. Qua attitude zouden we ons kunnen richten naar Bas Heijne in zijn essay uit 2011, dat de veelzeggende titel *Moeten wij van elkaar houden?* meekreeg. Volgens hem, als niet-gelovige, is er meer nodig dan een oproep tot tolerantie of een pleidooi voor wereldburgerschap in onze samenleving: 'Je kunt nog zo betrokken zijn, nog zo verstandig en verantwoordelijk, nog zo nuchter en praktisch, nog zo historisch bewust, maar zoals Paulus zegt in zijn beroemde brief aan de Korintiërs, zonder de liefde heeft het allemaal geen zin' (p. 18-19). 'Dat klinkt klef', aldus Heijne. 'Maar', vervolgt hij, 'de liefde waar Paulus het over had, was niet zoetsappig. Het was geen romantische dweperij of weeë domineespraak. Paulus bedoelde simpelweg dat woorden gepaard moeten gaan met een diepe morele betrokkenheid, dat rationeel beschouwen of iets vinden of iets voorstaan niet voldoende is. Hij [Paulus] vat de opdracht waar hij zelf voor staat samen met een scherpe paradox: "Ik moet bidden met mijn geest, maar ook met mijn verstand"'. Ook schrijft Heijne, dat achter het nieuwe, media-bewuste populisme een heftig verlangen schuilgaat, de roep om de verlosser van buitenaf, het verlangen om af te rekenen, niet met de politiek correcte uitwassen van het verlichtingsdenken, maar met het verlichtingsdenken zelf (p. 128). Als Heijne dit zo met overtuiging schrijft, dan zouden wij een voorbeeld kunnen nemen aan zijn vrijmoedigheid teneinde met prudentie uit te dragen dat deze Verlosser er al is en dat niemand met minder genoeg hoeft te nemen dan met Zijn liefde die door mensen heen werkt. Voor de hulpverlening betekent dit het daadwerkelijk tonen van deze liefde door de ander tot zijn of haar recht te laten komen. Voor theorievorming en wetenschappelijk onderzoek kan dit betekenen: kleur bekennen en kansen benutten om hypothesen te toetsen.

Een dergelijke attitude geldt voor ons persoonlijk maar mogelijk temeer voor een beroepsorganisatie van christelijke hulpverleners als de CVPPP.

NOOT

- 1 Dit is een bewerking van een lezing gehouden tijdens het congres 'Hersenspinsels?' van de CVPPP op 11 november 2011.

LITERATUUR

- Goossensen, A. & Thissen, P. (2011). Laat de mens niet alleen: goede zorg heeft oog voor heel de mens. *Christelijk weekblad: nieuws- en opinieblad voor gelovig Nederland*, 13 mei.
- Hackney, C.H. & Sanders, G.S. (2003). Religiosity and mental health: a meta-analysis of recent studies. *Journal for the scientific study of religion*, 42, 1, 43-55.
- Hauerwas, S. (2010). *Een robuuste kerk: de christelijke gemeente in een postchristelijke samenleving*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Heijne, B. (2011). *Moeten wij van elkaar houden? Het populisme ontleed*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Koenig, H.G., McCullough, M.E. & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H.G. (2011). Schizophrenia and other psychotic disorders. In J.R. Peteet, F.G. Lu & W.E. Narrow (2011), *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis: a research agenda for DSM-V*. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing.
- Lukoff, D., Lu, F.G. & Yang, C.P. (2011). DSM-IV religious and spiritual problems. In J.R. Peteet, F.G. Lu & W.E. Narrow (2011). *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis: a research agenda for DSM-V*. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing.
- Maselko, J., Gilman, S.E. & Buka, S. (2009). Religious service attendance and spiritual well-being are differentially associated with risk of major depression. *Psychological medicine*, 39, 6, 1009-1017.
- Messer, S.B. & Wampold, B.E. (2002). Let's face facts: common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical psychology: science & practice*, 9, 21-25.
- Straten, C. van (2010). Multiculturele geestelijke verzorging en de samenwerking met de psychiater en de psycholoog in de geestelijke gezondheidszorg. *Psyche & Geloof*, 21, 147-164.
- Uleyn, A. (1986). Zingevingsvragen en overdrachtsproblemen in de psychotherapie. In M. Kuilman & A. Uleyn, *Hulpverlener en zingevingsvragen*. Baarn: Ambo.
- Verhagen, P.J., Praag, H.M. van, Lopez-Ibor, J.J., J.L. Cox & D. Moussaoui (eds.) (2010). *Religion and psychiatry: beyond boundaries*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Vries-Schot, M.R. de (2006). *Gezonde godsdienstigheid en heilzaam geloof: verheldering van concepten vanuit de psychologie, psychiatrie en de theologie*. Delft: Eburon.
- Vries-Schot, M.R. de (2008). *Geloven is gezond: zingeving en geloofsgroei in hulpverlening en pastoraat*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Vries-Schot, M.R. de, Uden, M.H.F. van, Heitink, G. & Pieper, J.Z.T. (2008). Healthy religiosity and salutary faith: clarification of concepts from the perspective of psychology, psychiatry and of theology. *Journal of empirical theology*, 21, 88-108.
- Vries-Schot, M.R. de, Uden, M.H.F. van & Pieper, J.Z.T. (2012). Mature Religiosity Scale: validity of a new questionnaire. *European journal of mental health*, 7, 1, 57-71.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yudofsky, S.C. (2005). *Fatal flaws: navigating destructive relationships with people with disorders of personality and character*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

PERSONALIA

Margreet de Vries-Schot is psychiater, opleider kinder- en jeugdpsychiatrie bij GGZ Centraal en theoloog.

Correspondentieadres: vriesschot@kpnmail.nl.