

## **Concepten van geestelijke verzorging: balanceren tussen ‘al reeds’ en ‘nog niet’**

*Drs. Werner van de Wouw*

### **Inleiding**

In deze inleiding over concepten van geestelijke verzorging en hun theologische fundering, wil ik vertrekken vanuit de empirische situatie. Welke beelden bestaan er bij zorgvragers, maar ook bij geestelijk verzorgers zelf? We verkennen dat o.a. aan de hand van een studie die Hetty Zock, verbonden aan de universitaire opleiding Geestelijke Verzorging in Groningen maakte. We zullen concluderen dat de verschillen erg groot zijn en dat deze beeldvorming ook iets uitzegt over de concepten waar vanuit geestelijk verzorgers werken.

Vervolgens verkennen wij een tweetal concepten. Deze concepten contrasteren nog al met elkaar en vertegenwoordigen grofmazig de stromingen van het presentie- en interventiemodel. Bouwer en Jorna zijn hiervan representanten. In de kritische noties van Jorna op het interventiemodel vinden we bruikbare aanknopingspunten voor een aantal fundamentele uitgangspunten waar onsziens een concept van geestelijk verzorging aan zou moeten beantwoorden. Vervolgens geef ik een schets van mijn eigen ontwikkelingsgang als geestelijk verzorger zowel vanuit het werken in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking als in het ziekenhuis. Op die wijze hoop ik een praktische vertaalslag te kunnen geven van bedoelde uitgangspunten.

Daarna wil ik een meer antropologisch-theologische onderbouwing geven van deze uitgangspunten vanuit het gedachtegoed van Meininger en Reinders, meer specifiek vanuit de thema's 'gemeenschap in eigenheid' en 'imaginatieve anticipatie'.

Na de pauze hoop ik dat er nog gelegenheid is om stil te staan bij de attitude van de geestelijk verzorger en mn. het hermeneutische aspect van zijn competentie.

### **Beelden van geestelijke verzorging bij cliënten en medewerkers**

Als cliënten in een gezondheidsinstelling worden opgenomen en hen de vraag wordt gesteld of zij geestelijke verzorging op prijs stellen, zal het antwoord op die vraag grotendeels afhangen van het beeld dat zij van geestelijke verzorging hebben.

Mijn ervaring als geestelijk verzorger leert me, dat die beelden erg divers kunnen zijn. De één associeert de geestelijk verzorger onmiddellijk met een kerkelijke ambtsdrager, een ander met een hulpverlener die tijd voor je heeft om over je problemen te praten; soms wordt 'geestelijk' geassocieerd met 'geestelijke gezondheidszorg' en denkt men daarbij aan iemand als een psycholoog of therapeut. Maar vaak kan men er zich ook niet zoveel bij voorstellen. Die onduidelijke beeldvorming heeft natuurlijk gevolgen voor de vraag naar geestelijke verzorging. Uit de ervaring van mijzelf en mijn collega's blijkt, dat het contact met een geestelijk verzorger relatief weinig tot stand komt op initiatief van de cliënt zelf. Onderzoek bevestigt dit.<sup>1</sup> Prins zegt hierover: "Geloofs- en levensvragen in de situatie van ziek-zijn (we zouden dat aan kunnen vullen met 'gehandicapt zijn', 'ouder worden' WvdW) manifesteren zich niet als zodanig maar moeten vaak begrepen worden uit een vage vraag, een vaag gevoel of een bepaalde beleving".<sup>2</sup> Er zijn kennelijk de nodige drempels te nemen om zich vragen bewust te worden die vaak verstopt zitten achter medisch, psycho-sociale en relationele klachten en er vervolgens hulp bij te zoeken. *Een voorbeeld: Begin deze week kwam ik bij een hoogbejaarde dame. Ze was opgenomen met extreme obstipatieklachten. De ontlasting, zo legde zij mij uit kwam haar werkelijk tot hier –en wijst daarbij naar haar keel. Als we met elkaar in gesprek komen, blijkt al spoedig dat zij in haar lange leven veel heeft meegemaakt maar daarover nooit heeft kunnen vertellen. Ze werd niet gehoord, niet serieus genomen. Het vele verdriet heeft ze 85 jaar lang stil en onuitsproken met zich meedragen. En nu zit het*

*tot hier, zegt ze en wijst opnieuw naar haar keel. Het heeft zich vastgezet tot in haar darmen. Ik ben benieuwd of de internist de oorzaak van deze obstructie zal vinden.*

In een tijd waarin in de zorg vooral vraaggestuurd en klantgericht gewerkt wordt, kan dit al té gemakkelijk worden uitgelegd als: ‘de klant vraagt er niet om, dus is er geen behoefte aan’. Dat maakt een fundamenteel onderzoek naar de behoefte aan geestelijke verzorging, waarvoor twee Nederlandse ministers gepleit hebben, dan ook niet zo simpel. Want hoe bepaal je die behoefte, als er zoveel verschillende beelden leven en vragen veelal impliciet zijn? Ondanks de schroom om te vragen en het feit dat contact met geestelijke verzorging vaak niet op eigen initiatief tot stand komt, blijkt uit onderzoek ook dat er in de praktijk veel gebruik van gemaakt wordt en beslist niet alleen van mensen met een expliciet levensbeschouwelijke/religieuze achtergrond. Uit onderzoek bij patiënten in een periklinische setting bleek, dat maar liefst 64% gebruik maakte van een aangeboden gesprek met een geestelijk verzorger<sup>3</sup>. In onderzoek in justitiële instellingen meldden 6 op de 10 gevangenen dat ze behoefte hadden aan geestelijke verzorging en eenderde van hen was onkerkelijk.<sup>4</sup> Bovendien blijkt men over het algemeen heel positief te staan over de ervaringen met geestelijke verzorging: er is ‘n grote mate van tevredenheid en waardering

Hoewel geestelijk verzorgers vaak de nodige moeite doen om zichzelf binnen een gezondheidsinstelling te profileren, blijkt eenzelfde soort probleem aan de kant van de medewerkers met grote hardnekkigheid te blijven bestaan. Onderzoeken bevestigen dat de beelden onduidelijk, gedifferentieerd en gefragmenteerd zijn<sup>5</sup>. Ofwel wordt geestelijke verzorging sterk met kerk en geloof geassocieerd, wat vaak sterk afwijkt wat er in de praktijk gebeurt, ofwel wordt de geestelijk verzorger geassocieerd met andere hulpverleners bij wie men ook met problemen terecht kan. Dat maakt het voor medewerkers onduidelijk naar wie men voor wat moet verwijzen.

Hoewel cliënten niet zo vaak zelf om geestelijke verzorging vragen, wil dat nog niet zeggen dat er die vraag –minstens impliciet- niet is. Cliënten zijn dus goeddeels aangewezen op andere zorg- en hulpverleners of zij hun vraag herkennen en adequaat verwijzen. En dat is nu juist problematisch: de vraag is lastig te herkennen, leidt gemakkelijk tot een verkeerde interpretatie en bovendien schort het behoorlijk aan adequate beeldvorming van degene naar wie men zou kunnen verwijzen, in casu de geestelijk verzorger.

De beelden bepalen natuurlijk ook de verwachtingen. Uit onderzoek<sup>6</sup> blijkt eveneens, dat cliënten zowel als medewerkers van geestelijk verzorgers behalve activiteiten die met de ambtelijke functie samenhangen, verwachten dat zij emotionele begeleiding en begeleiding bij zin en existentiële vragen bieden. Zowel managers als werkers willen bovendien dat de geestelijk verzorger meer geïntegreerd werkt dan nu gebeurt en dat hij door mee te draaien in de organisatie vanuit zijn eigen perspectief ook een bijdrage levert aan de zorg, het klimaat en het functioneren van de organisatie.

### **Beelden bij geestelijk verzorgers zelf**

Maar ook aan de kant van de geestelijk verzorgers bestaat er bepaald geen eenduidigheid over het beeld wat zij zelf van geestelijke verzorging hebben. Dat wordt al weerspiegeld in de bestaande omschrijvingen van het vak. Want hoewel bij wet voor de term ‘geestelijke verzorging’ is gekozen en deze term ook uitgangspunt is van de beroepsvereniging en de door haar ontwikkelde beroepsstandaard en beroepsprofiel, worden in de praktijk ook andere aanduidingen gebruikt zoals: Pastoraat, pastorale dienst, geestelijke zorgverlening, geestelijke begeleiding, geestelijk werk, christelijke zielzorg, begeleiding bij existentiële, geloofs- en levensvragen. Die verschillende aanduidingen worden weliswaar op verschillende plaatsen theoretisch onderbouwd maar hebben niet zelden het karakter van een ideologische strijd, met

daaraan ten grondslag een verschillende mens- en wereldvisie, religieuze overtuiging en een verschillende visie op ambtelijke binding en relatie tot de instelling waarin men werkt. Uit onderzoek onder geestelijk verzorgers blijkt het presentiemodel dominant<sup>7</sup>. Dit model staat voor een subjectiverende en hermeneutische benadering met als kernwoorden: nabijheid, zorgzame betrokkenheid, aandacht voor beleving, begrip en levensverhaal. Empathie is het belangrijkste instrument. Daartegenover vindt een minderheid zich in de meer objectiverende interventiebenadering, waarin planmatig en theoriegestuurd gewerkt wordt via standaardhandelingen en procedures en men gericht is op het oplossen van problemen.<sup>8</sup> De keuze voor één van deze modellen valt voor een groot deel samen met de visie op al dan niet geïntegreerd werken.

In de praktijk laveren geestelijk verzorgers tussen ambtsdrager en algemeen levensbeschouwelijk deskundige. In de literatuur zijn de uitersten van dit dilemma terug te vinden bij Nauer<sup>9</sup>, die vooral belang hecht aan een specifiek levensbeschouwelijke invulling (lees: christelijke zielzorg) en meer algemene invulling zoals bij Bouwer<sup>10</sup>, die de term 'geestelijke zorgverlening' gebruikt.

De Vereniging van Geestelijk verzorgers in Zorginstellingen neigt in haar definitie naar een meer algemene taakomschrijving, maar tegelijk verbindt zij het ambtelijke met het professionele aspect. Haar definitie luidt: *'professionele en ambtshalve begeleiding en hulpverlening aan mensen bij zingeving aan hun bestaan, vanuit en op basis van geloofs- en levensovertuiging en de professionele advisering inzake ethische en/of levensbeschouwelijke aspecten in zorgverlening en beleidsvorming'*.<sup>11</sup>

De universitair docent dr. H. Zock noemt dit "een laveren tussen Skylla en Charybdis"<sup>12</sup>

De invulling van de ambtelijke functie is de laatste jaren volop onderwerp van discussie. De belangrijkste redenen hiervoor zijn: het aantal geestelijk verzorgers dat om diverse redenen geen ambtelijke zending krijgt of erom vraagt wordt groter. Daarnaast vormt de geestelijk verzorger ook een afspiegeling van wat er in onze samenleving aan de hand is op het gebied van religie en levensbeschouwing. Te denken valt aan de secularisering, maar ook een pluralisering en fragmentarisering. Geestelijk verzorgers krijgen te maken met mensen met allerlei mogelijke levensbeschouwelijke achtergronden, die juist in moeilijke situaties zoeken naar zin en betekenis. Mensen voor wie levensbeschouwing vaak diffuus is en religie vreemd. Immers nog maar 33% van de Nederlanders rekent zichzelf tot een kerkgenootschap. Toch wil de geestelijk verzorger er voor al deze mensen zijn. Deze discussie over het ambt heeft ook gevolgen voor de invulling van de zogeheten vrijplaatsfunctie. Hierin is een verschuiving waar te nemen van een relatie tot het ambt naar een meer vakinhoudelijke legitimatie. De vrijplaats verandert zo van een ambtelijke positie in een vertrouwensfunctie.<sup>13</sup>

Uit een reflectie op diverse onderzoeken naar o.a. beeldvorming van en behoefte aan geestelijke verzorging die de eerder genoemde Zock uitvoerde, stelt zij dat 'de onduidelijke beroepsidentiteit een handicap is bij de onderbouwing en legitimatie van het vak en een gevaar vormt in een situatie van bezuinigingen.' Immers 'als je je eigen product niet helder kunt omschrijven heb je een probleem'.<sup>14</sup> Zij doet dan ook de aanbeveling om de tegenstrijdige beelden en opvattingen over het vak bij geestelijk verzorgers zelf op een constructieve manier boven tafel te krijgen en de discussie daarover aan te gaan ter wille van de profilering naar buiten toe. Daarbij zal de ambtelijke binding een belangrijk item zijn. Zij vindt de nadruk die het ambt nu nog krijgt niet spoort met de algemene taakopvattingen en met wat klanten willen en geestelijk verzorgers feitelijk doen, nl. begeleiding bieden op het gebied van zingeving en existentiële vragen. Een 2<sup>e</sup> aanbeveling m.b.t. de beroepsidentiteit betreft het niet tegen elkaar uitspelen van het presentiemodel en het interventiemodel. Ook prof. Baart, die zich in dit onderwerp heeft verdiept, zegt hierover: 'interventiebenadering en presentiebenadering zijn geen alternatieven van elkaar, maar beide aspecten van eenzelfde aanbod'.<sup>15</sup> Volgens Zock geldt dit ook de geestelijke verzorging. 'Door hun methodische en

theoretische aandacht voor de leefwereld, voor beleving en betekenisgeving, en voor de niet-maakbare en niet-beheersbare dimensies van het leven hebben zij veel te bieden aan een belevingsgerichte, integrale zorg- en hulpverlening, maar kunnen en moeten zij ook een bijdrage leveren aan zorg en behandeldoelen'. Daarbij denkt zij niet aan objectiverende, protocollaire en oplossingsgerichte benaderingen, maar een meer subjectiverende benadering volgens een holistisch zorgconcept, waarvan ook sommige andere disciplines uitgaan, zoals bv. de persoonsgerichte psychotherapie.<sup>16</sup>

Niet alleen de cliënten, maar dus ook de geestelijk verzorgers zelf houden er onderling tegenstrijdige opvattingen op na als het gaat over wat geestelijke verzorging inhoudt. Cliënten weten niet wat ze moeten vragen en op welke wijze; medewerkers weten vaak de vertaalslag niet te maken en dus niet adequaat te verwijzen. Geestelijk verzorgers verschillen sterk in hun product-aanbod.

### **Vanuit welk concept vertrek je als geestelijk verzorger?**

De verschillende opvattingen over de taak en de identiteit van de geestelijk verzorger houden natuurlijk verband met het concept waarvan hij zich bedient in zijn omgang met cliënten. Wij noemden reeds twee benaderingen waarop diverse concepten grofmazig terug te voeren zijn: nl. de presentie- en de interventiebenadering. Een belangrijke vertegenwoordiger van deze laatste benadering is Johan Bouwer, die de levensbeschouwelijke diagnostiek heeft geïntroduceerd. Als geestelijk verzorger stelde hij zich de vraag: "Hoe kon ik weten of ik goed gehoord heb wat de patiënt gezegd heeft?" Voor het beantwoorden van deze vraag verdiept Bouwer zich in een objectgerichte diagnostiek, met als oogmerk greep te krijgen op de ander, in casu wat de ander aan informatie vertelt. Hij stelt, dat door het 'verkrijgen van relevante informatie adequate begeleiding dan wel behandeling gegeven kan worden'<sup>17</sup> Dit proces bestaat uit: 1) het verzamelen, selecteren en ordenen van gegevens, 2) het interpreteren van die gegevens, 3) het benoemen van het probleem. Het verkrijgen van relevante informatie heeft als doel om patronen en aspecten in die informatie te kunnen herkennen die van nut kunnen zijn voor het interpretatieproces, op grond waarvan acties kunnen worden ondernomen. Bouwer ziet met deze benadering grote voordelen voor o.a. afstemming op de behoeften van de cliënt en het bevorderen van het multidisciplinaire werken omdat voor dit model het werken van de geestelijk verzorger inzichtelijk en toetsbaar wordt, en het leidt bovendien tot voortgaande professionalisering. Kortom: werk vanuit een helder concept, zo pleit Bouwer, dan wordt de cliënt geholpen, weten andere disciplines wat je doet. Je bent herkenbaar en je kunt een concrete bijdrage leveren aan het zorgplan. Een helder concept leidt tot een duidelijk profiel.

Voor onze inleiding zijn de kritische kanttekeningen interessant, die Jorna –hoofddocent aan de Universiteit voor Humanistiek- bij het concept van Bouwer maakte.<sup>18</sup>Zijn belangrijkste bezwaar is, dat Bouwer uitgaat van een subject-object denken. Met deze keuze laat hij impliciet de subjectzijde en de relationaliteit van het tussenmenselijk gebeuren liggen. Juist voor zaken die het hart en de ziel beroeren is een subject-subjectrelatie wezenlijk. In de visie van Jorna is dus niet alleen de ontmoeting wezenlijk, maar ook de personen die deze ontmoeting aangaan.<sup>19</sup>De geestelijk verzorger moet voor zichzelf weten wat hem aan het ziekbed, bij de ander, brengt en dus wat er van hem uitgaat.<sup>19</sup> Jorna noemt dit de personele competentie. Het verhaal van déze cliënt in déze situatie kan alleen van binnenuit gelezen worden. Maar de geestelijk verzorger is daartoe alleen in staat als hij zichzelf en de dingen van binnen heeft leren beluisteren. Om adequaat met levenszaken te kunnen omgaan is innerlijke bekendheid daarmee een voorwaarde. Bovendien maakt hij de kanttekening bij het concept van Bouwer, dat slechts dié informatie uit het verhaal wordt gefilterd die relevant is voor adequate begeleiding. Volgens Jorna dient deze informatie onderdeel van het weefsel

van het verhaal te blijven, zodat uit de samenhang in de ontmoeting juist iets eigens in de persoon ontsloten wordt, maar dat de ander ook iets van zijn geheim kan behouden. Kortom de uniciteit van de ander en het geheim dat de ander is en blijft komt in het geding. Maar dat kan ook gelden voor de betekenis die de geestelijk verzorger als gesprekspartner in de ontmoeting kan hebben. Het diagnostische model stuurt de manier waarop men luistert en reageert op wat de hulpvrager meedeelt. Het is volgens Jorna de houding van de werker die de methodiek van het werk initieert en niet het doel dat de methode bepaalt. Diagnose en interventie impliceren, aldus Bouwer, een 'actieve inbreng' van de geestelijk verzorger, en deze inbreng bestaat uit een 'therapeutische benadering' met als doel 'een ervaring van geestelijk welzijn aan de zijde van de gesprekspartner te bereiken' door het 'transformeren van de geestelijke nood.'

Dat is dus een eenzijdige beweging. In een dialoog zijn beide gesprekspartners op elkaar betrokken. We kunnen onszelf ook in de ander herkennen. Als ik geleerd heb in mijzelf dingen te beluisteren dan zal ik beter de ander als medemens in zijn uniciteit kunnen beluisteren. En als ik werkelijk het verhaal van de ander in mijzelf kan toelaten, kan ik beter verstaan wat er bij de ander aan het licht gebracht kan worden. Jorna noemt dit de communicatieve competentie die door de personele competentie in de ontmoeting mogelijk wordt gemaakt. Het verhaal van de ander heeft ook invloed op het denken en de gevoelens van de geestelijk verzorger, zodat behalve nieuwe zin en betekenis ook een verandering bij de beide gesprekspartners teweeggebracht kan worden. Het gaat hier om de hermeneutische competentie. (*we komen hierop nog terug*). Als de geestelijk verzorger kan ontdekken dat de ander net als hij deel uitmaakt van dezelfde mensengeschiedenis, op zoek naar dezelfde zin, kan hij zijn uniciteit beter verstaan. De juiste interpretatie vindt niet op voorhand plaats door kennis die vanuit een concept al voorhanden is, maar openbaart zich door goed op zich in te laten werken van wat zich werkelijk toont. Het nieuwe kan zich tonen in een directe ervaring van een rechtstreekse ontmoeting. Ook het vermogen om verhalen en situaties van mensen op existentieel niveau te lezen, valt volgens Jorna onder de hermeneutische competentie, die op haar beurt valt of staat met de personele competentie. Het vermogen om zo te kijken ontwikkelt zich door steeds scherper en gedetailleerder de ander in zichzelf en zichzelf in de ander te herkennen. De personele competentie geven de hermeneutische en communicatieve competenties vorm en inhoud en vormen samen de professionele uitrusting.

Het geestelijk welzijn kan volgens Jorna slechts als doelstelling in algemene zin gesteld worden, maar niet in inhoudelijke of procesmatige zin. Levensbestemmingen kunnen in inhoudelijke zin nooit een doelstelling van de werker zijn; de ander moet deze weg zelf doorlopen. De transformatie die daarvoor nodig is, kun je als werker niet al doel stellen, maar wordt -vaak na ontwikkeling- als genade geschonken. Ze komt als een verrassing, meestal als we ophouden er naar te zoeken. Jorna noemt de eigenheid van de geestelijk verzorger 'deelnemende professionaliteit': hij dient bereid te zijn de ander te zien, hem niet alleen te laten staan en daardoor leven mogelijk te maken.

In de visie van Bouwer is de levensbeschouwelijke achtergrond van de werker ondergeschikt aan die van de cliënt. De vraag is, of er dan nog wel sprake is van wederkerigheid en dialoog, die dan nog slechts voertuig wordt voor de strategie van de werker. Jorna kiest voor een profiel van een werker, die zelf als mens verschijnt en zijn eigen gevormde levenshouding en zijn vakkennis inzet. Hij pleit voor een perceptuele benadering wat inhoudt dat het hart het centrum is van de waarneming.

'Het is de geestelijk verzorger die met zijn levenshouding situaties van mensen herleidt tot en ijkt aan de bron van het menselijk leven, waarbij ieder een levensbeschouwelijk jasje van eigen snit draagt' (Jorna 2005, p. 43). Jorna is humanist en zoekt het middelpunt in de mens zelf en niet in kant-en-klare levensbeschouwingen.

We hebben hier een voorbeeld van een tweetal concepten, die nog al contrasteren.

Het concept van Bouwer lijkt tot vooral ingegeven door de zorg ‘hoe blijf ik als geestelijk verzorger in beeld?’ Zijn concept lijkt zeker een bijdrage te kunnen leveren aan herkenbaarheid en toetsbaarheid door andere disciplines en aan resultaatgerichtheid, iets wat de huidige ontwikkeling van de zorg hoog in het vaandel heeft.

Het concept van Jorna, wat hij polemisch ontvouwt als een ‘via negativa’ tegenover het concept van Bouwer, is vooral ingegeven uit een zorg om de inhoud van de geestelijke verzorging, met daarin als belangrijke aspecten: de ontmoeting als de plaats bij uitstek waar geestelijke verzorging ‘gebeurt’, waarin de dialoog centraal staat. Niet alleen het integrale levensverhaal van de cliënt vormt het uitgangspunt, maar ook is de rol van de geestelijk verzorger als actieve deelnemer aan die dialoog belangrijk. Daarbij zijn de competenties van de werker wezenlijk van belang; het contact met de eigen binnenwereld vormt een voorwaarde om die van de ander te verstaan. Het gaat niet om het probleem dat opgelost moet worden, maar om de uniciteit van de ander die verstaan wil worden, waarbij eerder het hart dan de ratio het noodzakelijke waarnemingskader is.

### **De ontwikkeling van mijn eigen conceptueel kader<sup>20</sup>**

Vanuit mijn eigen ontwikkeling als geestelijk verzorger herken ik maar al te goed de zorg die zowel aan het concept van Bouwer als aan dat van Jorna ten grondslag ligt. Het is dan ook niet verwonderlijk dat ik in mijn eigen ontwikkelingsgang met beide concepten aan de slag ben geweest.

Toen ik -zo’n 25 jaar geleden- als geestelijk verzorger bij mensen met een verstandelijke beperking begon, was mijn vraag vooral: Hoe krijg ikzelf zicht op wat voor deze mens zingevend is? Vooral voor die mens, die er zelf nauwelijks in woorden over kan vertellen. Ik zag gedrag, waarmee die mens ongetwijfeld veel wilde vertellen, maar dat ik niet altijd begreep. Het tragische was, dat ik er pas iets begreep als iemand gestorven was. Misschien is begrijpen niet het goede woord. Ik spreek liever van ‘verstaan’, omdat die term voor mij ook iets van invoelen aangeeft. Na een overlijden kwamen namelijk de verhalen los bij degenen die hem goed gekend hadden, mensen die het leven vroeger of nu met hem gedeeld hadden. In die dialoog –helaas nu met derden- onthulde zich iets van het levensgeheim dat tot dan toe verborgen leek. De losse puzzelstukjes vormden een geheel, soms driedimensionaal. D.w.z. soms zagen we diepte en andere, tot dan toe ongekende lagen.

*We hadden ons altijd verbaasd, dat Janus ieder van ons aansprak met een vreemde naam. Er waren talloze correcties, die niet hielpen. Het werd zelfs irritant, want we willen immers gekend worden bij onze eigen naam. Zeker als je weet, dat de ander –ondanks zijn handicap- daartoe in staat moet zijn. Er werd in de loop der jaren heel wat afgemopperd op Janus, die beter zou moeten weten. Soms werd hij gewoon genegeerd: Je weet hoe ik heet, anders luister ik niet. Toen we na zijn plotselinge overlijden bij elkaar zaten, groepsleiding en familie, en verhaald werd over wie Janus was en wat hij voor ons betekende, werd duidelijk, hoe hij jaren geleden van de ene op de andere dag op gezag van de notabelen uit het dorp werd opgepakt en ver weg in een instelling belandde. Hij begreep daar niets van. Hij had geen vlieg kwaad gedaan. In het kleine dorp kende hij iedereen bij name, en iedereen kende Janus. Hij had er zijn plek. En nu plotseling zat hij op een vreemde plek, kende hij niemand en niemand kende hem. Hij was een vreemde, voelde zich ontheemd, door God en alleman verlaten. De namen die hij ons gaf, waren de namen van de hem zo bekende mensen uit zijn vertrouwde dorpje. Niets had hij uit die vertrouwde omgeving mee kunnen nemen, behalve die namen. Wij hadden hem nooit begrepen. Wij hadden niet verstaan hoe hij in die namen de veiligheid creëerde die hij in de instelling zo ontbeerde. We hadden zijn onveiligheid alleen nog maar vergroot door hem te corrigeren, te berispen, zelfs te negeren. We voelden ons beschaamd, omdat we Janus geen erkenning meer konden geven voor wat hij in al die jaren*

*gemist had. Hij had zich een vreemdeling gevoeld en was het mede door ons toedoen gebleven.*

Ervaringen zoals met Janus raakte ons tot in onze diepste vezels. We werden niet alleen geraakt omdat we ons tekort geschoten voelden in onze taak om bewoners bij leven te verstaan en op grond daarvan een bijdrage te leveren aan een zinvol bestaan, maar misschien nog wel meer omdat we onszelf herkenden in verhalen zoals van Janus. Immers ieder van ons heeft wel ooit die ervaring gekend van zich ergens niet thuis te voelen, ontheemd te zijn, vreemdeling te zijn, niet begrepen te worden. Je wordt immers pas geraakt als er ergens in jou een pijnpunt wordt aangeraakt. In Janus herkenden we onze eigen pijn. Daarmee werd Janus van een bewoner met dat vreemde gedrag tot een mens zoals wij, omdat wij met hem die pijnpunten in ons bestaan delen.

Waar dát gebeurt, is er sprake van ontmoeting. Ons eigen levensverhaal blijft dan niet langer buiten schot. Dan wordt de relatie zorgverlener-cliënt overstegen. Het gaat dan over de relatie van een mens met een ander mens. Het gaat over diepmenselijke ervaringen, die mensen – ongeacht of ze wel of niet een handicap hebben, ziek zijn- met elkaar delen. Ik zie dezelfde existentiële worsteling zowel bij die ander als bij mezelf. In ons mens-zijn zijn we dezelfde. Ervaringen zoals met Janus maakten duidelijk, dat onze houding naar bewoners wezenlijk moest veranderen. Want door vanuit hun levensverhaal naar mensen met een verstandelijke handicap te kijken verandert mijn kijk op hen. Zij zijn niet langer object van mijn zorg, maar tegelijkertijd onderwerp van hun eigen levensverhaal, hun eigen streven. Een verhaal dat vraagt om respect, begrip en waardering. Ieder van hen probeert op een eigen, unieke manier zin en betekenis aan het leven te geven. Daar speel ook ik een rol in, maar hij bepaalt het grootste deel zelf. Precies zoals ik de zin van mijn leven zelf bepaal, al kan ik het ook niet alleen. Ik concludeerde: we zouden er werk van moeten maken om bewoners beter te verstaan: bij leven en niet pas als ze gestorven zijn. Dan zouden we tijdens hun leven in feite hetzelfde moeten doen als er nu spontaan na een overlijden gebeurt. Samen de puzzelstukjes verzamelen. In dialoog met de bewoner en met elkaar, d.w.z. met hen die hem goed kennen. Niet tevreden zijn met vreemd gedrag te labelen volgens geijkte categorieën, maar onszelf de vraag te stellen naar betekenis daarvan. Elke gedragsuiting vertelt iets, heeft betekenis, ook over beleving van zin of over het ontbreken daarvan. Waar een bewoner de woorden ontbreekt, zullen anderen daaraan woorden moeten geven. Niet alleen om feitelijkheden weer te geven, maar vooral om betekenissen te zoeken. Niet onze interpretaties, maar samen een zoektocht ondergaan door ons zo goed als mogelijk in te leven in die ander. Door goed te voelen waarin en waardoor we geraakt worden. Zoiets kun je niet op afstand, dat vraagt om betrokkenheid, een echte ontmoeting aan te gaan.

In deze jaren begon ik met een studie godsdienstpsychologie met als achterliggende gedachte: hoe krijg ik zicht op hoe zingeving zich manifesteert, vooral bij mensen die daarover zelf niet kunnen vertellen? De hoogleraren van de universiteit raakten gefascineerd door de ontdekkingen die ik dat dan toe gedaan had en de vragen die ik mij daarbij stelde. Ze hebben zich geweldig ingezet om samen met ons een concept te ontwikkelen dat het bronnenmateriaal zou moeten vormen om die zingeving zichtbaar te maken. Concreet: er werd een model levensverhaal ontwikkeld, dat –naar later bleek- in ons werkveld, maar ook andere werkvelden zoals psychiatrie en ouderenzorg in een grote behoefte voorzag. Hoe bruikbaar ook, gaandeweg werden we ons er steeds meer bewust van het feit:

We werken niet als godsdienstpsychologen die zingeving objectiveren, we zijn geestelijk verzorger. Het doel moet niet allereerst zijn dat er een product tot stand komt, in casu een levensverhaal voor iedere bewoner, waarin zichtbaar wordt wat voor hem al dan niet zingevend is, maar het gaat vooral om de weg. Die weg is de ontmoeting, waarin de ander kan verschijnen in zijn uniciteit en tegelijk als medemens, een subject op zoek naar zin zoals ieder

van ons. Een ontmoeting waarin hij, maar ook ieder die ontmoeting durft aan te gaan er beter van wordt, meer mens wordt dus. Waar mensen op elkaar echt betrokken zijn, kan het niet alleen gaan om het levensverhaal van de één maar kan dat van de ander ook niet buiten schot blijven. Dan gaat het altijd om een wisselwerking.

We ontdekten ook, dat die uniciteit niet in platte objectiverende taal kan worden uitgedrukt, maar eigenlijk alleen in de taal van de beelden. Juist de beeldtaal biedt de mogelijkheid om het meerdimensionale, om samenhang, om dat wat verbindt uit te drukken. Is dat niet wat religieuze taal ook beoogt: re-ligare: het verbindende tot uitdrukking brengen?

De eigen inbreng van mij als geestelijk verzorger bestond er niet alleen uit om in het gezamenlijke zoekproces een leidende rol te vervullen om op existentieel niveau zingevingsbronnen en zingevingsvragen zichtbaar te maken, maar ook mijn gevoeligheid voor beelden, symbolen en beeldtaal aan te wenden om de uniciteit van deze mens onder woorden te brengen. Die beeldtaal is bij uitstek het voertuig om niet alleen te onthullen, maar ook het geheim dat de ander ook is met respect te verwoorden. Zo wordt de ander niet gezien als een mens die begrepen dient te worden, om er greep op te kunnen krijgen, zoals vaak het doel is van andere disciplines, maar als een mens die respectvol verstaan wil worden als uniek mens, en in relatie tot onszelf als een mens in wie wij onszelf kunnen herkennen, maar ook als een mens met een geheim.

Wanneer een individueel verhaal ons zó raakt en aanspreekt in zijn oorspronkelijkheid, omdat het ons iets laat zien van het persoonlijke verhaal van ieder van ons en ons tegelijkertijd ook helpt om ons eigen verhaal beter te verstaan, dan is er blijkbaar iets, dat ons in die verhalen als mensen met elkaar verbindt. Uit dat samengaan van het verhaal van mij en dat van de ander komt het verhaal van 'dé mens' naar boven, de mens van alle tijden. Het kan dan in de context van de mensengeschiedenis geplaatst worden. Het persoonlijke levensverhaal wordt als het ware het glas-in-lood raam waardoorheen je het leven ziet van iedere mens. Om even terug te keren naar de casus van Janus: in alle eeuwen zijn er mensen die de ervaring hebben gehad vreemdeling te zijn, ontheemd, die zich niet thuis gevoeld hebben in hun situatie. De Grote (oer)Verhalen, waarin dé mens de hoofdrol speelt, vertellen daarover. Denk aan Abraham, Mozes en het joodse volk. Als dat gebeurt wordt de transcenderende werking van het persoonlijke verhaal zichtbaar: het stijgt als het ware boven de actualiteit uit en lost op in het 'grote' verhaal, maakt er deel van uit. En omgekeerd doet dit 'grote' verhaal ons eigen verhaal beter verstaan. En daarmee onze eigen worsteling van leven en óverleven, van waarden en gewaardeerd worden, erbij horen of buitengesloten zijn. Dat brengt een fundamentele verbondenheid tussen mensen teweeg, die een 'religieuze ervaring' genoemd mag worden. Dit type ervaringen voegt aan één enkel mensenleven het leven en sterven van dé mens toe. Persoonlijke ervaringen worden verruimd en de troost die daaruit voortkomt, is al dauw in de morgen, die ons doet verwonderen en perspectief aanreikt. De herontdekte betekenis van de 'grote' verhalen binnen de zorginstelling, bood mij als geestelijk verzorger nieuwe mogelijkheden om het kleine levensverhaal te verbinden met dat grote verhaal. Niet enkel in vieringen, waarin het vertellen van het grote verhaal gelegitimeerd is, maar ook op andere momenten waar het verstaan van een levensverhaal centraal staat of waar gewerkt wordt aan attitudevorming van het personeel of van coaching van een team.

Deze ontwikkeling kwam niet enkel ten goede aan de profilering van mijn taak als geestelijk verzorger, het verschaftte ook het begeleidend personeel –zoals zijzelf aangaven- een nieuwe taal, waarin zij konden opkomen voor de eigenheid van de bewoner. Het versterkte hun zelfbewustzijn en daarmee hun positie als belangenbehartiger, waarbij men minder de behoefte gevoelde om de taal van pedagogen en psychologen te lenen om serieus genomen te worden.

Als binnen een zorginstelling zorg en begeleiding in directe relatie wordt gebracht met ontmoeting, als zinbeleving ervaren wordt als fundament van zorg, dan heeft dat



vanzelfsprekend grote gevolgen voor de inhoud en de organisatie van de zorg zelf. De zorgvisie moet dan opnieuw worden doordacht. Personeel moet worden geschoold niet alleen om hun hermeneutische competentie aan te scherpen maar vooral om de noodzakelijke attitude in te oefenen. Nieuw aan te werven personeel dient hierop ook geselecteerd te worden en teams gecoached. De relatie tussen het verstaan van zinbeleving en uitvoeren van zorg moet worden geconcretiseerd. D.w.z. er moet een relatie komen tussen levensverhaal en zorgplan om de te verlenen ondersteuning af te stemmen op de uniciteit van het subject. En het allerbelangrijkste is zeker wel, dat werkers in de zorg gelegenheid krijgen en gestimuleerd worden om na te denken over hun eigen levens- en mensvisie, eigen normen en waarden en vooral worden uitgedaagd hun eigen (spirituele) bronnen op het spoor te komen en grenzen bewust te worden. In alle lagen van de organisatie zullen de levensbeschouwelijke uitgangspunten moeten worden geborgd, concreet gemaakt en regelmatig getoetst.

Gaandeweg gaf ons dit ook een andere theologische kijk op mensen met een verstandelijke beperking, op zorgverlening en op onze functie als geestelijk verzorger. De verschillende theologische zienswijzen die in de loop der jaren zijn ontwikkeld met het oog op verstandelijk gehandicapten, zijn vergelijkbaar met de telkens veranderde benamingen die de groep als totaliteit moest ondergaan: Van 'zwakzinnigen' tot 'mensen met mogelijkheden'. Ook daarin zien we een evolutie van object naar subject, zoals dat ook theologische doordenking gebeurde. In bijbelse termen zien we diezelfde ontwikkelingen in bronnen voor zorgmotieven. Ooit werd hun bestaan vergeleken met dat van de 'minste der minsten' die onze zorg verdienen (Mth. 25), later werd hun leven vergeleken met het beeld van Paulus, waarin zij 'delen zijn van hetzelfde lichaam' (1 Kor. 6), die er onvervreemdbaar bijhoren, ook al hebben zij een andere (bedoeld is 'mindere') functie. Vervolgens worden zij gezien als 'mensen in wie we de Heer kunnen ontmoeten' en die 'beeld van God' zijn. 'In de zwakzinnige, in dat gekortwiekte leven ziet de Heer ons aan'.<sup>21</sup> Nog later wordt de verstandelijk gehandicapte gezien als degene 'die door God aanvaard en aangesproken wordt, in de verwachte gelijkwording aan Jezus, volgens de belofte'.<sup>22</sup>

In onze beleving en waardering van verstandelijk gehandicapten laat hij zich zien als 'mens met een verhaal', zoals ieder van ons. Een verhaal dat lijkt op het verhaal van de mens van alle tijden en dat transcendeert tot het verhaal van mensen zoals Adam, Mozes, Job en anderen die allemaal een relatie zoeken en willen aangaan met de God van alle tijden, van alle mensen. Mensen die hun levensweg gaan langs de markeringen van zin en onzin, van hoop en wanhoop, duisternis en perspectief. Mensen die in hun eigen levensverhaal God ter sprake proberen te brengen. In de relatie van de mens met God zijn zij subject.

In deze zienswijze is zorg niet alleen een vraag, maar vooral een uitnodiging. Degene die onder de indruk is van het persoonlijke levensverhaal van een verstandelijk gehandicapte verliest zijn macht en groothedswaan. Hij is niet langer degene die zorg op zich zal nemen en de ander tot object van die zorg maakt. Maar hij is degene in stille bewondering mag luisteren naar de persoonlijke 'struggle for life' van de ander en daarin een bescheiden rol mag vervullen als hij daartoe –als hij goed luistert- uitgenodigd en waardig bevonden wordt. Zo ontstaat er een band tussen mensen, die elkaar hun persoonlijk levensverhaal vertellen. In die wisselwerking is dan de één en dan de ander onderwerp. In het vertellen van dat verhaal vinden verstandelijk gehandicapten de mogelijkheid om te laten zien wie zij zijn, iemand die respect vraagt, ook voor zijn hiaten en beperktheden. Iemand die de aandacht van een ander nodig heeft om te kunnen leven. Maar ook in mijn leven zijn er hiaten en beperktheden, die vragen om mededogen; ook ik kan niet zonder een ander.

Waar mensen hun levensverhalen met elkaar delen, wordt duidelijk wat de eigen motieven zijn om zorg te vragen of te verlenen. Wie in zijn eigen leven ontdekt heeft hoe het voelt om kwetsbaar te zijn, die zal de ander niet willen laten overkomen wat hij zelf aan den lijve aan kwetsuren heeft ervaren en zal hem ervoor in bescherming nemen.

De eigen identificatie met de verstandelijk gehandicapte, het zichzelf herkennen in het levensverhaal van de ander, wordt dan de oproep en norm voor de zorgverlening. De geestelijk verzorger verliest de macht van de therapeut en realiseert zich lotgenoot te zijn in de strijd om een zinvol bestaan. Dat is de drijfveer om de ander volwaardig als mens te kunnen zien en hem bij te staan in de beperktheden die hij in zijn leven ervaart en waarbij hij hulp verwacht. Dan is de één solidair met de ander, en omkeerbaar de ander met de één. Ik ben er niet voor hem, maar hij vertrouwt mij zijn zorgvraag toe, acht mij daar waardig genoeg voor. Waar men zich op een dergelijke wijze met elkaar durft in te laten worden rollen omgekeerd. Dan ontdekt zelfs de directeur van de instelling dat hij geen ander mens is dan de aan zijn zorgen toevertrouwde verstandelijk gehandicapten, want ook hij heeft net als zij een oerverlangen om gelukkig te zijn, met de mensen met wie hij leeft, in de situatie die hij creëert of aantreft en binnen de normen van de tijd en cultuur waarin hij leeft.

In deze jaren maakte ik ook kennis met het concept van de Levensbeschouwelijke diagnostiek. Ik was mn. nieuwsgierig geworden omdat er in verschillende publicaties en projecten een link werd gelegd naar levensverhalen, met name naar zingevingsproblematiek. Ik heb mij er door Bouwer zelf in laten scholen en heb nadien met collega geestelijk verzorgers in het werkveld verstandelijk gehandicaptenzorg de uitgangspunten geprobeerd te vertalen naar de eigen aard van dit werkveld. We maakten gebruik van diverse diagnostische denkrasters.

Onze exercities die enkele jaren in beslag namen, leiden tot de conclusie, dat het levensverhaal het onvervangbare uitgangspunt blijft. Voor het totstandkomen van het levensverhaal is niet alleen tijd nodig, maar vooral een vertrouwensband waardoor ontmoeting mogelijk wordt.

Voor het levensverhaal zijn anderen, de direct betrokkenen, onmisbaar. Dat geldt ook voor het herkennen van mogelijke zingevingsproblematiek. Dat zou betekenen dat ook anderen dan de geestelijk verzorger in de levensbeschouwelijke diagnostiek zouden moeten worden ingevoerd. Diagnostiek is toch vooral een analytisch denkkader. Het werkt objectiverend. Natuurlijk is het belangrijk dat werkers in de zorg ook kennis hebben van theoretische kaders, ook als het gaat om zingeving en levensbeschouwing, maar het is zeker niet het belangrijkste zoals ik eerder heb aangegeven. Juist de relatie van subject-subject is wezenlijk om de ander in zijn uniciteit te verstaan. Bovendien veronderstellen de diagnostische kaders taligheid en een zeker intellectueel vermogen om zichzelf uit te drukken. De wijze waarop een mens met een verstandelijke beperking over zichzelf vertelt is toch vooral d.m.v. gedrag. Voor de geestelijk verzorger kan een diagnostisch kader een toegevoegde waarde betekenen om de aard van zingevingsproblematiek te bepalen, maar er lijkt eerder nood te zijn aan meer basale vormen om zingevingsproblemen te achterhalen en ermee om te gaan. Te denken valt aan bijvoorbeeld aan methodieken zoals die binnen Speltherapie gebruikt worden.

Zoals aangegeven is mijn ervaring van 21 jaar werken binnen het werkveld verstandelijk gehandicaptenzorg, dat het leveren van een bijdrage aan integrale zorg- en hulpverlening zoals een zorgplan en werken in multidisciplinair verband om veel meer vraagt dan werken vanuit een diagnostisch kader. Het heeft immers consequenties voor de zorgvisie, de zorguitvoering, de attitude van andere werkers. Het veronderstelt bovendien een bepaalde mate van hermeneutische competentie van ook andere zorgverleners. In die zin overschat Bouwer m.i. de effecten van levensbeschouwelijke diagnostiek als strategisch middel om de geestelijke verzorging beter te profileren en integraal onderdeel te doen zijn van totale zorg.

Zijn mijn conceptuele uitgangspunten nu wezenlijk verandert in de afgelopen drie jaar dat ik in een ziekenhuis werk? De situatie is natuurlijk een geheel andere dan binnen residentiële zorg (zoals ook de psychiatrie en verpleeg- en verzorgingshuizen), waar het leven van

cliënten gedurende langere tijd gevolgd kan worden en dus de mogelijkheid bestaat om een band op te bouwen. Het verblijf is veelal kort, de mogelijkheid voor contact evenzeer. Vaak is het 1<sup>e</sup> gesprek tegelijk het laatste. Er kunnen dan ook maar flarden van het levensverhaal verteld worden. Onder de druk van de tijd, maar vooral vanwege de intensiteit van de situatie waarin patiënten verkeren, bevatten die flarden vaak wel wezenlijke punten. Maar ondanks die fragmentatie blijft hun levensverhaal voor mij het uitgangspunt. En wat belangrijk is: patiënten zijn pas bereid over hun leven te vertellen als er ook werkelijk van een ontmoeting sprake is. Dat betekent wederkerigheid, dialoog, betrokkenheid op elkaar. De geestelijk verzorger kan als mens niet buiten schot te blijven, maar dient bereid te zijn zich te laten raken. Mensen die in het ziekenhuis verblijven hebben de tijd om de balans op te maken. Om juist dan onder ogen te zien wat in de hectiek van het leven van alle dag onbesproken is gebleven. Ziekte, ongeval, uitzicht op beperkingen, onzekerheid over uitslag van onderzoeken, behandeling, het verdere verloop en de toekomst werken als een katalysator voor dit proces. Vragen naar zin en betekenis worden juist dan manifest. Die betekenisgeving en beleving heeft vaak niet de aandacht van behandelaars. Mensen willen niet gezien worden als een ileus, een Non-Hodgkin, een Crohn, kortom tot object van zorg, maar gezien en gerespecteerd worden in hun subject-zijn. Mensen zijn op zoek naar samenhang, zeker op breukpunten in hun bestaan. Ook hier merk ik, dat de taal van beelden en symbolen bij uitstek geschikt zijn om die uniciteit te verwoorden en het geheim het geheim te laten. Mensen zoeken zichzelf in het verhaal van een ander, ook in mijn verhaal. Het is mijn ervaring, hoe heilzaam, troostend en perspectiefbiedend het kan zijn als het persoonlijke levensverhaal boven zichzelf wordt uitgetild en opgenomen kan worden in een groter geheel van de Grote Verhalen. Als geestelijk verzorger ben ik goeddeels afhankelijk van verpleegkundigen voor het herkennen van vragen op het gebied van zin en betekenisverlening. Zoals ik al zei, worden deze vragen zelden rechtstreeks gesteld maar veelal verpakt in andersoortige vragen, zijn ze tussen de regels door te beluisteren en niet zelden waarneembaar in gedrag. Het vraagt van verpleegkundigen een goed ontwikkeld hermeneutisch vermogen om dat te kunnen. Zij zijn het die, net als in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, de psychiatrie, verpleeg- en verzorgingshuizen, het dichtst bij het bed staan, die het gemakkelijkst door patiënten in vertrouwen worden genomen en de dialoog kunnen aangaan, en dus in gesprek kunnen gaan over het levensverhaal. Grote werkdruk, parttime werken en snelle wisseling van patiënten door steeds korter wordende opnames verhinderen dat helaas nog al eens. Bovendien komen zij nog al eens in de verleiding om zich te verschuilen achter de veiligheid van praktische handelingen of vallen terug in het medische model. De mogelijkheden binnen een ziekenhuis zijn beperkter dan in de residentiële zorg. Dat geldt zowel de mogelijkheden voor een langduriger contact met de patiënt, maar ook de mogelijkheden om medewerkers te betrekken in het verstaan van het levensverhaal, hen te coachen en te werken aan de gewenste attitudevorming, en ook de mogelijkheden om de inhoud en de organisatie van de instelling dusdanig te veranderen dat aandacht voor en integratie van zinbeleving mede tot doelstelling van het zorgconcept wordt. Ondanks dit alles is mijn concept waarmee ik werk niet wezenlijk veranderd. Tegelijk moet ik constateren dat een concept, ook het concept waarmee ik werk, nooit statisch is. Voor mij blijft het levensverhaal uitgangspunt en het kader waarin dat verteld kan worden de ontmoeting. Maar de wijze waarop ik daarmee omga is eclecticisch van aard. Mijn eigen theologisch denkkader, mijn eigen geloof maken daarvan deel uit. Dat geldt ook voor de denkrasters uit de Levensbeschouwelijke diagnostiek, mijn kennis vanuit de godsdienstpsychologie, zeker waar het gaat om hoe zingeving ‘werkt’ en hoe de ontwikkeling daarvan is. In de laatste jaren heb ik mij verdiept in het contextuele gedachtegoed zoals ontwikkeld door Nage en inmiddels geïntegreerd is binnen pastoraat en geestelijke verzorging. Het biedt mij meer mogelijkheden

om verdieping aan te brengen in het luisteren naar het levensverhaal, samenhang te zien dat dit verhaal deel uitmaakt van een breder kader van relaties en generaties en vooral degene die de auteur is tot actie te bewegen om balans tussen geven en ontvangen meer in evenwicht te brengen. Het biedt mij als geestelijk verzorger de mogelijkheid om zelfs in korte ontmoetingen een bijdrage te leveren, zodat betrokkene een heilzame wending kan geven aan zowel het eigen levensverhaal als aan dat van degenen met wie hij verbonden is. Soms zelfs als degene om wie het gaat zelf niet meer bij machte is daarover te spreken. Een casus:

*Ik krijg in de loop van de middag een oproep van de Intensive Care. Mij wordt gevraagd om een 74-jarige dame de ziekenzalving toe te dienen. Noch met deze patiënte, noch met haar naasten heb ik eerder contact kunnen hebben. Ik tref een dochter en kleindochter aan bij hun oude moeder resp. oma, die wordt beademd. De behandeling zal spoedig worden gestaakt omdat is gebleken dat het medisch zinloos is.*

*De oude moeder blijkt jarenlang opgenomen te zijn geweest in het psychiatrische circuit. Ik vraag aan de dochter wat dit voor haar betekend heeft? Moeder heeft alles gegeven in de opvoeding van haar enige dochter. Ze heeft daarbij zelfs op haar tenen gelopen. Toen de dochter het huis uitging was de accu van moeder leeg. Zij belandde uiteindelijk in een psychiatrische instelling. Vanaf dat moment draaiden de zorgrollen om en werd de dochter de zorgende 'ouder' voor haar moeder. Natuurlijk had zij het liever anders gewild, maar toch is de balans tussen geven en ontvangen daarmee in een zeker evenwicht gekomen. De dochter ervaart niet dat zij tekort gekomen is in de liefde en de zorg, die zij in de opvoeding van haar moeder ontvangen heeft. Haar jeugd was zelfs tamelijk zorgeloos. Als thuiswonend kind heeft zij nooit ervaren al zorgtaken te moeten vervullen voor haar mentaal labiele moeder. Kennelijk heeft zij van moeder voldoende ontvangen om vervolgens aan moeder te kunnen geven toen na opname de zorgrollen werden omgekeerd.*

*Voor de kleindochter ligt dat anders. Voor haar bleef oma vreemd. Uit zelfbescherming koos zij voor afstand. Dit tot verdriet van haar moeder die het wel begrijpt, maar voor wie dit wel een pijnlijk loyaliteitsconflict in haar eigen rol als dochter en als moeder heeft opgeroepen.*

*Ik geef aan, dat oma alsnog recht kan worden gedaan in haar moederrol als haar dochter vertelt over haar eigen kinderjaren, hoe haar moeder toen was en wat zij voor haar als dochter betekend heeft. Ik nodig haar vervolgens uit om aan haar dochter te vertellen hoe oma was toen haar kleindochter nog klein was en door oma geknuffeld werd. Hoewel oma het waarschijnlijk niet meer hoort, wordt haar aldus recht gedaan in haar rol als moeder en oma. In de toekomst zal blijken hoe belangrijk dit is, niet alleen voor de wijze waarop zij zich hun moeder resp. oma zullen herinneren, maar ook hoe zij zelf in hun toekomstige rol als moeder en oma een goede balans weten te vinden in geven en ontvangen zonder dat ervaren tekorten alsnog op komende generaties worden verhaald en als onvereffende rekening blijft rouleren.*

*Ik geef de kleindochter erkenning dat zij tóch naar het sterfbed van haar oma gekomen is. Zeker op deze plek, met alle 'toeters en bellen', die voor de meeste jongeren van haar leeftijd zo bedreigend is. Door haar aanwezigheid en de loyaliteit die daaruit blijkt, geeft ze aan haar moeder meer dan zijzelf beseft en dat maakt veel goed van datgene waarin zij als kleindochter in moeders ogen tekort geschoten is en waarmee zij oma geen recht heeft gedaan.*

*Dochter noch kleindochter noemen zich gelovig. Ik geef hun, plaatsvervangend voor hun moeder resp. oma, erkenning, dat zij ter wille van haar om deze ziekenzalving hebben gevraagd als een daad van geven van laatste zorg ondanks dat zij uitspreken dat het voor henzelf geen betekenis heeft. In de woorden en gebaren die daarna in het afscheidsritueel tot uitdrukking worden gebracht, is de lading voelbaar van al die moeilijke jaren van zorg, van loyaliteitsproblemen en behoefte aan erkenning. Jaren die in een gesprek van luttele minuten*

*zijn verdicht. Zo krijgt ieder in dit ritueel in haar rol van oma, dochter, moeder en kleindochter (alsnog) erkenning voor ieders wijze van geven en ontvangen. Het ritueel wat voor beiden aanvankelijk vreemd was wordt zo opeens een heel persoonlijke uitdrukking van de jarenlange worsteling om erkenning. Zo wordt het onzegbare alsnog uitgesproken, op ander niveau getild, zodat zij op de breukpunten van hun bestaan geheeld weer verder kunnen.*

*Als geestelijk verzorger kan in zo'n situatie de aanwezigen in relationeel-ethisch opzicht recht doen door erkenning te geven voor de ervaren tekorten en verleende diensten, maar kan in religieus-godsdiensdig opzicht ook de verbinding leggen naar de Bron van het leven die ons erkent in ons bestaan. Die Bron is dan geen leeg woord, maar wordt een betrouwbaar Perspectief, omdat mensen betrouwbaar worden voor elkaar.*

*Daags na het gesprek en de ziekenzalving belt de dochter mij op. Moeder is inmiddels overleden. Ze zegt: "Mijn dochter en ik kunnen nu samen weer verder. Nooit eerder hebben wij zo over onze betrokkenheid bij en afstand tot mijn moeder kunnen spreken. Ik ben blij voor mijn moeder en onszelf, dat er nu een basis ligt waarop wij verder kunnen."*

*Het gesprek en het gezamenlijke ritueel rondom haar moeder heeft, volgens haar, hun zoveel vertrouwen gegeven dat zij mij vraagt of ik in de uitvaart wil voorgaan. Met veel aarzeling moet ik die vraag om praktische redenen helaas afwijzen. Maar eigenlijk hebben zij de dag ervoor al een passend afscheid gevierd, omdat daarin passend gegeven en ontvangen werd in een ritueel dat weliswaar aanvankelijk vreemd, maar gaandeweg passend geworden is, omdat er ruimte was voor ieders eigenheid.*

### **Theologische fundering**

Van de praktijk terug naar de theorie. In ieder geval reflectie. Kunnen we theologisch iets zeggen over concepten van de geestelijk verzorger? Kan de theologie de genoemde uitgangspunten, ook die ik in de praktijk tot uitvoering kon brengen, onderbouwen? Het is duidelijk dat theoretische concepten door hun objectiverende gerichtheid vaak streven naar algemene waarheden, die een universele betekenis hebben. Ook in de levensbeschouwelijke diagnostiek is dit streven herkenbaar. Maar is de geestelijk verzorger boven alles niet gericht op het bijzondere dan het algemene, op de uniciteit van de ander? En is de weg waarlangs die uniciteit aan het licht kan komen niet de dialoog?

Voor een theologische fundering hiervan willen we ons laten leiden door wat Herman Meininger in zijn dissertatie<sup>23</sup> hierover uitwerkt en wat zijn leermeester Reinders hierover zegt. Weliswaar is zijn theologisch-ethische studie gericht op de zorg voor verstandelijk gehandicapten, maar zijn uitgangspunten kunnen m.i. zonder veel problemen worden gegeneerd naar de zorg in zijn algemeenheid. Hoewel zijn studie zich bovendien richt op zorgverleners in zijn algemeenheid, zijn de uitkomsten zeker interessant voor de geestelijke verzorging in het bijzonder.

Centrale begrippen in zijn visie zijn 'eigenheid' en 'gemeenschap'. Volgens de theologo-ethicus Reinders zijn deze begrippen geen bedreigingen voor elkaar, maar maakt gemeenschap eigenheid mogelijk."In een relatie vanuit de ander is het de gemeenschap die het persoonzijn als unieke identiteit mogelijk maakt, waarin ik mag zijn wie ik ben."<sup>24</sup> Hij volgt hierin de theoloog Jurgen Moltman, die een relationele antropologie fundeert op het begrip perichorese: de relatie tussen Vader, Zoon en Geest is gebaseerd op gelijkheid. De mens is imago Trinitatis. Maar Moltmann ziet in de relaties tussen God en mens en tussen mensen wel een aantal essentiële kenmerken voor het stichten van gemeenschap, zoals taal, reflectie, responsiviteit, waardoor mensen met beperkingen niet in hun eigenheid in deze gemeenschap kunnen delen. De grieks-orthodoxe theoloog Zizioulas, die de lijn van de oude Cappadociërs volgt, stelt dat de mens niet beeld van God is op grond van bepaalde

eigenschappen of vermogens, maar op grond van het bestaan in relatie met de Ander en met anderen. Hij fundeert dit theologisch dat ook binnen de Drie-eenheid, het verschil tussen de personen is niet afhankelijk van kwaliteiten of vermogens maar van de identiteit van de ene persoon in relatie tot de andere. Het bestaan van God als Persoon fundeert het persoonzijn van mensen. En zoals God bestaat in wie Hij is voor de ander, zo bestaan mensen als gemeenschap waarin personen hun unieke identiteit ontvangen uit elkaars hand.<sup>25</sup> De mens is beeld van de Drie-eenheid. Mensen bestaan niet primair in 'wat' ze voor elkaar zijn, maar 'wie' ze voor elkaar zijn. Eigenheid is dus niet een afgeleide van het universele, maar bestaat alleen als een bepaalde en concrete relatie. Pas in relatie kunnen we toegang krijgen tot dat unieke. "Het gaat om een ander-zijn in gemeenschap en om een gemeenschap in ander-zijn."<sup>26</sup> Relatie betekent dus een wezenlijke betrokkenheid op de ander en alleen daardoor wordt diens unieke eigenheid onthuld. Reinders noemt deze betrokkenheid een 'trinitarische bestaanswijze' Menselijk bestaan kan zo uitgelegd worden als betrokken-zijn en tegelijk als afhankelijkheid van het betrokken-zijn van de ander. Als de zorgverlener de cliënt aanvaardt als ander met een eigen unieke persoonlijk identiteit maakt dat interactie mogelijk. Dan is er sprake van een unieke identiteit die wederzijds is en die zonder die relatie niet zou bestaan.<sup>27</sup> Noodzakelijk hiervoor is het zelfverstaan van de zorgverlener, in die zin dat hij bewust wordt dat cliënt en zorgverlener afhankelijk zijn van elkaar en dat de zorgverlener beschikt over een hermeneutische competentie.

Maar in de concrete omgang tussen mensen worden gemeenschap en concrete eigenheid hoogstens in gebroken gestalte ervaren. De oorzaak hiervan ligt in de zondeval en dit brengt een wijze van kennen met zich mee waarin liefde en waarheid zijn gescheiden. Zizioulas bedoelt met de term 'zondeval' dat de mens ervoor kiest zijn persoonzijn op te geven door zijn bestaan te individualiseren op eenzelfde wijze als dingen gescheiden en gefragmenteerd kunnen worden. 'Ekstasis' –de beweging naar gemeenschap en relatie- wordt tot 'apostasis': gescheidenheid en oppositie. En 'hypostasis' eigenheid en uniciteit- wordt tot 'diastasis': individualiteit en vijandschap. Ofwel een mens zoekt zelfbevestiging door contrast met en oppositie t.o.v. de ander. De ander is dan niet meer degene uit wiens hand ik mijn bestaan ontvang, maar een ultieme bedreiging van mijn identiteit. En gemeenschap is alleen in versmalde vorm relevant zolang de verschillende belangen met elkaar in overeenstemming te brengen zijn. De verschillen tussen God en de mens en de verschillen tussen personen, verschillen die gericht zijn op gemeenschap als Gods doel met de schepping, zijn daardoor tot scheidingen en opposities geworden. Het gevolg is dat wij bij het vormen van een beeld van de ander noodzakelijk terugvallen op een abstracte, distantiërende, individualiserende en fragmenterende vorm van kennen. Door dit alles komen we eigenheid en gemeenschap alleen in gebroken vorm tegen.

Dat zien we terug in de zorgverlening waarin de eigenheid in algemene termen wordt beschreven, waar de functioneel-instrumentele visie op de relatie tussen zorgverlener en cliënt en een objectiverende diagnostiek en instrumentele rationaliteit dominant is. Het zijn vormen van scheiding en oppositie. Dit is niet primair een moreel probleem maar ze is gegrond in een gebrokenheid van het zijn die theologische geduid kan worden als een symptoom van de gebrokenheid van het bestaan in een onvolmaakte wereld. Toch blijft er een onvervuld verlangen naar de gemeenschap waartoe God de mens heeft bestemd. In Christus is dit nieuwe menszijn als eerste gerealiseerd. Deel hebben aan Christus maakt volgens Zizioulas voor mensen de relatie van 'gemeenschap in eigenheid' met God en met elkaar mogelijk<sup>28</sup> Toch is in de kerk –als lichaam van Christus- het eschaton niet gerealiseerd.

Vertaald naar de dagelijkse zorgverlening: daar worden cliënten grotendeels gekend via strategieën van observatie op basis van distantie en beschreven op basis van objectivering. Onder deze omstandigheden kan het realiseren van het trinitarische bestaansmodel niet de realisering inhouden van Gods uiteindelijke bedoelingen. Dit bestaansmodel wordt daarom

vooral gekenmerkt door een het volharden in een verwachting die haar grond vindt in een geloof dat Zizioulas omschrijft met de woorden ‘he is confident in presence in spite of absence’.<sup>29</sup> Een verwachting, die vertrouwt op een aanwezigheid ondanks en te midden van afwezigheid.

Wie weet heeft van een uiteindelijk kennen waarin liefde en waarheid niet gescheiden zijn, is in staat te volharden de eigenheid van de ander en zichzelf te verwachten in een zoeken naar die gemeenschap waarin eigenheid tot stand kan komen. Dat gebeurt waar een zorgverlener als hem gevraagd wordt wat er met mevrouw Jansen aan de hand is, vertelt wat hij met haar heeft meegemaakt en aan de hand van wat hij in de omgang met mevr. Jansen hoopt te kunnen realiseren. Dan is er sprake van een zelfverstaan op basis van gedeelde afhankelijkheid en ‘zijn vanuit de ander’. In het theologische perspectief van Reinders in navolging van Zizioulas is dit denkbaar als er sprake is van een eschatologisch geloof dat de uiteindelijke aanwezigheid (gemeenschap in eigenheid) zich aandient temidden en ondanks de afwezigheid (vanwege fragmentatie).

Zorgverleners kunnen alleen ontsnappen uit de gevangenis van het individualiserende en fragmenterende kennen als zij het kennen in liefde en waarheid durven aan te gaan. Het ‘wat’ van een cliënt heeft geen enkele betekenis buiten de vraag ‘wie’ de ander is. Ik kan wie iemand is alleen te weten komen door vanuit een betrokkenheidsrelatie diens eigenheid te leren kennen. Die eigenheid dient zich aan niet als een resultaat van een empirische beschrijving van de feiten maar als een geschenk. “Die persoonlijke ontmoeting”, zegt Meininger, “moet het ultieme oogmerk van zorgverlening zijn. Alle aspecten en dimensies van zorgverlening moeten hun aard en hun maat ontvangen vanuit dat perspectief.”<sup>30</sup> Zolang het perspectief van het verlangen naar uiteindelijke gemeenschap in eigenheid niet gerealiseerd is kunnen we de ander alleen kennen op een individualiserende en fragmenterende wijze. Het volharden in verwachting impliceert echter wel een voortdurende kritische distantie van een kennen waarin liefde en waarheid gescheiden zijn.

Meininger gebruikt voor deze ziens- en denkwijze die bestaat in volharden in de verwachting van een gemeenschap in eigenheid de term ‘imaginatieve anticipatie’. Zij fundeert de zorgverlening en geeft richting aan de praktijk. We kijken naar en behandelen onszelf en de ander als degenen die wij krachtens Gods beloften van een uiteindelijke gemeenschap in eigenheid zullen zijn. We zijn het nog niet, we zullen het ook niet uit onszelf worden, het wordt ons als bestemming geschonken en daarin zijn we gelijk aan elkaar.

Imaginatieve anticipatie staat tegenover contrafactische anticipatie. Hierbij gaat het om een verwachting, waaraan nu nog niet voldaan kan worden, maar wel in de toekomst. Wat er in potentie aanwezig is moet nog uitgroeien tot verwerkelijking. Bij imaginatieve anticipatie gaat het om een bestemming die de mens niet kan maken, alleen verwachten en die hij als een door God beloofde vervulling van een bestemming uit de hand van de ander mag ontvangen. Die verwachting is het kader waarbinnen alle menselijk gestelde doelen, feiten en regels hun zin ontvangen. Bij contrafactische anticipatie gaat het om een individualiserend en fragmenterende kennen dat gericht is op de realisering van vermogens en eigenschappen. Contrafactische anticipatie voltrekt zich op het directe niveau van handelen, wat nog niet is gerealiseerd is een probleem; het effect dat wordt beoogd verschijnt uiteindelijk als min of meer causaal gevolgd van het handelen. Denk daarbij aan zaken als autonomie, verantwoordelijkheid die gaandeweg de opvoeding kunnen worden verworven. Imaginatieve anticipatie geeft richting aan het handelen en overstijgt doelen en feiten. De realisering van het ‘nog niet’ kan niet worden voorspeld of berekend maar degenen die daarin de zin van hun praktijk van zorgverlening gevonden hebben, kunnen er hoogstens van getuigen. Ook in de relatie is er een verschil. Bij contrafactische anticipatie is er ongelijkheid. De één heeft iets wat de ander nog moet verwerven. Bij imaginatieve anticipatie gaat het om een ‘nog niet’ wat

voor beiden –zorgverlener en cliënt- geldt: zoeken naar de realisering van het eschatologische toekomstbeeld van een gemeenschap in eigenheid.

Wanneer zijn nu beelden van cliënten en het stellen van doelen in de zorgverlening in theologisch-ethische zin adequaat?, zo vraagt Meininger zich af. D.w.z. geschikt als grondslag voor humane omgang met en zorgverlening aan cliënten.

- Als er een bewustzijn is die een kritische houding impliceert t.o.v. elke omschrijving van een ander in algemene termen. Elk beeld dat wij van een ander hebben is een noodzakelijk vooroordeel dat gelouterd moet worden in een nooit eindigend proces van uitleggen en opnieuw interpreteren. En een gelovig vertrouwen dat het ander zijn van de ander kan verschijnen ondanks een kennen waarin waarheid en liefde zijn gescheiden.
- Als het stellen van doelen wordt gezien als een beweging naar een ‘nog niet’ vervulde gemeenschap. Dat vereist persoonlijke ontmoeting, gegrond op fundamentele betrokkenheid op elkaar en openheid naar gemeenschap.

In zorgverlening gaat het dus niet primair om voorzieningen te verschaffen, rollen of functies, maar beoogt een persoonlijke ontmoeting die gericht is op een gemeenschap waarin de eigenheid van beide personen –zorgvrager en zorgverlener- in zicht komt en wordt gerespecteerd, waarbij verschillen worden gerespecteerd maar niet tot scheidslinje verworden. Ook professionele zorg bestaat niet uit een serie handelingen maar uit betrokkenheid op de ander in diens eigenheid. Imaginatieve anticipatie geeft dus uitdrukking aan een wijze van zien van de ander en van mijzelf als degenen die wij beiden zullen zijn krachtens Gods belofte.

#### ***Wij proberen tot een conclusie te komen:***

Het concept waar vanuit een geestelijk verzorger vertrekt kan nooit streven naar algemene of universele geldigheden. Integendeel het dient gericht te zijn om de uniciteit, de eigenheid van de ander aan het licht te brengen. De weg daartoe is de ontmoeting en betrokken-zijn op elkaar. Zicht op de uniciteit van de ander is geen doel waarnaar we streven, maar iets wat we slechts kunnen ontvangen uit de hand van een ander, als we daarvoor open staan. In de dialoog zijn de het levensverhalen van beide gesprekspartners betrokken.

Het beeld dat wij noodzakelijkerwijze van de ander hebben is altijd voorlopig. De hermeneutische competentie van de geestelijk verzorger dient er op gericht te zijn dit beeld telkens bij te stellen en dan nog blijft de ander uiteindelijk een geheim dat we moeten respecteren. Ondanks de feiten van de gebrokenheid, hebben we een positief beeld van de mens.

Eigenheid en gemeenschap hebben altijd een voorlopig karakter. Ze zijn in geen enkel conceptueel kader te vatten of af te dwingen en vormen ook nooit een afspiegeling van de eschatologische werkelijkheid. We kunnen er slechts in beelden over spreken. En toch is het onze fundamentele overtuiging, dat de eigenheid in gemeenschap ooit gerealiseerd zal worden. Die overtuiging is tegelijk onze drijfveer en ons motief van handelen. Maar de realisatie hebben wij niet zelf in handen: het behoort tot onze bestemming en is ons van Godswege beloofd als een geschenk. Zo kijken we naar de mens en gaan we met hem om. En toch: theologie is niet alleen eschatologie, een ‘nog niet’. Hoe gebroken ook, de schepping zelf laat ons zien er is ook een ‘al reeds’

Vertaald naar de geestelijk verzorging: er is meer dan alleen presentie. Wij worden ook opgeroepen onze capaciteiten in te zetten. We hebben concepten nodig om te kunnen werken. Om het in de termen van Meininger te zeggen: die contrafactische anticipatie staat altijd onder de kritische notie van de imaginatieve anticipatie. We hebben beiden



nodig, maar beiden zullen elkaar moeten corrigeren. Het concept waarvan uit we ons werk doen blijft een kritisch balanceren tussen het ‘al reeds’ en ‘nog niet’.

De imaginatieve anticipatie komt tot uitdrukking in een bepaalde houding en een bepaalde competentie van de geestelijk verzorger. Beiden hopen we na de pauze kort aan te geven.

### ***Attitude***

Uitgangspunt blijft: de eigenheid van de ander kan alleen verstaan worden in de context van een ontmoeting, en toch blijft dat verstaan begrensd: het is mijn verstaan en er zijn meerde verstaansposities mogelijk. Dat verstaan van wie de ander is, is slechts in beelden mogelijk omdat in het hier en nu ‘kennen in liefde en waarheid’ nog niet ten volle mogelijk is. De ander blijft daardoor uiteindelijk altijd een geheim. Die ander wil verstaan en aanvaard worden zoals ikzelf, wat ook een vraag naar zelfbeeld en zelfverstaan van geestelijk verzorger inhoudt.

In het handelen zal er een balans gevonden moeten worden tussen gedreven engagement en verwachtende ontvankelijkheid.

Wat houdt nu een houding van respect en aanvaarding in als uitdrukking van het perspectief van ‘gemeenschap in eigenheid’?

Meininger noemt:

- 1) receptieve houding: de ander de ruimte geven om in zijn eigenheid te verschijnen en je te laten raken. Dat betekent dat ik mijn beelden en waarnemingskaders voortdurend zal moeten veranderen. Ik heb in het boek “Mensen met een verhaal” hiervoor verwezen naar de ontmoeting tussen de vos en het prinsje in het sprookje van de van de Kleine Prins waar deze houding op sublieme wijze wordt verbeeld.<sup>31</sup>
- 2) De beoogde houding heeft een exploratief karakter. D.w.z. staat open voor nieuwe ontdekkingen, ook van zichzelf in relatie tot de ander, en voor wat er aan concrete mogelijkheden in het leven van de ander en van mij tot bloei kan komen.
- 3) De houding is verbeeldend van karakter. Men is gericht op de ander als geheel en dat is meer dan de som der dingen. Het verstaan van de ander is altijd begrensd en kan eigenlijk alleen in dialoog met anderen. In mijn concept heb ik dat praktisch uitgewerkt in het model van de intersubjectieve inlevingsmethode.<sup>32</sup>
- 4) Het zoeken van nabijheid die voor de ander veiligheid betekent. Dat is altijd het zoeken van de juiste balans van distantie en nabijheid, die de mogelijkheid van werkelijke gemeenschap en van responsiviteit open houdt. De ander doet niet alleen een appèl op zorg, maar *is* door zijn unieke eigenheid appèl op zorg.
- 5) De houding is creatief (het hangt samen met het exploratieve en het verbeeldende karakter), waardoor de ander en ikzelf dichter bij de eigen werkelijkheid gebracht worden, waarin zich nieuwe betekenissen kunnen aandienen die de gebrokenheid overstijgen en meer in overeenstemming zijn met vervulde gemeenschap in eigenheid.
- 6) Volharding is misschien wel het belangrijkste aspect: leven uit de hoop vraagt om uithoudingsvermogen tegen routine, zinloosheid en de dreiging vast te lopen in.

### **Hermeneutische Competentie**

Hiermee wordt bedoeld een interpretatieve kundigheid van de zorgverlener die het eigene van de ander wil ontdekken op een wijze waarbij de zorgverleners doordrongen zijn van de rol van hun eigen zelfbeeld in dit proces van interpretatie<sup>33</sup>

We hebben altijd een beeld van de ander, maar door onze interpretatie met die van anderen te confronteren kunnen we dit beeld altijd bijstellen. De vraag: *Wie is deze mens die zorg nodig heeft?* is ook een moreel gebeuren wat moet leiden tot een moreel goed handelen. In mijn werken als geestelijk verzorger bij mensen met een verstandelijke beperking gebeurde dit proces d.m.v. inleving door zoveel mogelijk betrokkenen o.a. als

onderdeel van het maken van een levensverhaal, bij evaluatie of crisis of als er zich een nieuwe situatie of nieuwe vragen zich voordeden. Deze hermeneutische competentie heeft een aantal aspecten, dat niet los gezien kunnen worden van de eerder genoemde houdingsaspecten:

- 1) bewustwording van de eigen specifieke waarnemerspositie die wordt bepaald door de aard en de mate van betrokkenheid en de rol die betrokkene naar hem vervult. Bovendien heeft men altijd eigen opvattingen over wat een zinvol samenleven inhoudt, hoe men tegen de mens en zorg aankijkt, hoe tegen beperkingen. Deze werkwijze waarin men door inleving probeert je met de ander te identificeren en het gezichtspunt van de ander tot uitgangspunt te nemen, vraagt van betrokkenen een bepaalde dispositie, een openheid t.a.v. de eigen motivatie. Een inzicht ook in de eigen invloed van het zelfverstaan en de eigen zinbeleving.<sup>34</sup> Men zou dit het “Vorverstehen” kunnen noemen.
- 2) Zoals zorgverlening nooit een individueel gebeuren is, maar in gezamenlijkheid plaats vindt, zo dient ook het hermeneutische proces in gezamenlijkheid van alle direct betrokkenen plaats te vinden, ieder vanuit zijn eigen rol en gezichtspunt. Niet alleen professionele zorgverleners dienen hieraan deel te nemen, maar ook naasten. Dit intersubjectieve proces is niet alleen van belang voor een kritische reflectie van de eigen subjectieve interpretaties en voor de kwaliteit of plausibiliteit van de herinterpretaties, maar creëert ook ruimte voor rivaliteit tussen en conflicten van interpretaties. Dat vraagt wel de openheid om kritiek op eigen beeldvorming te verstaan als en creatieve bijdrage aan een gezamenlijk ondernomen zoekproces van (her)interpretatie.
- 3) Het proces dient kritisch te verlopen: men dient bewust te worden van aanwezigheid van projecties in zowel betrokkenheid als beeldvorming van zowel persoonlijke verlangens als maatschappelijke belangen. Daarom zal het interpretatieproces ook altijd een element van ideologiekritiek moeten bevatten.
- 4) Het morele karakter zal in alle fasen van het interpretatieproces bewust moeten worden gemaakt. Hoe verhouden interpretaties zich tot opvattingen over een zinvol bestaan en samen leven? In hoeverre zijn de interpretaties in overeenstemming met de norm van respect voor de eigenheid van de ander?
- 5) Tenslotte vraagt de houding van respect voor de eigenheid van de ander om een verwijzing naar en een articulatie van een omvattend oriëntatiekader, waarin de bronnen liggen voor opvattingen over een zinvol bestaan. Dit levensbeschouwelijke kader en de invloed ervan dient geëxpliciteerd te worden

Samengevat kunnen we stellen, dat de zienswijze van imaginatieve anticipatie in moreel opzicht gevolgen heeft voor het proces van interpretatie van de ander. Deze gevolgen hebben betrekking op een morele attitude van de zorgverlener, en in het bijzonder van de geestelijk verzorger en op de kundigheid die we in navolging van Reinders hebben omschreven als ‘hermeneutische competentie’ .

---

<sup>1</sup> Landman, T., Beeldvorming over geestelijke verzorging, doctoraalscriptie Universiteit voor Humanistiek, Utrecht, 1998, p. 71

Loo, D. van der, L. Jabaaij en I. Goudriaan, De geestelijk verzorger in het Algemeen Ziekenhuis. Een praktijkstudie naar functie-uitvoering van geestelijk verzorgers en waardering daarvan door patiënten. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998, p.59 v.

<sup>2</sup> Prins M.C.J., Geestelijke verzorging in het ziekenhuis. Dwingeloo: Kavanah, 1996, p. 155

<sup>3</sup> Vries, J.E. de & M. van Gilst, Kort dag. Rapportage van de peiling periklinische geestelijke verzorging in het AMC, AMC/UvA, 2001, p.4

- 
- <sup>4</sup> Spruit, L., T.Bernts en C. Woldring, Geestelijke verzorging in justitiële inrichtingen. Een onderzoek bij directeuren, geestelijk verzorgers en ingeslotenen in het gevangeniswezen, jeugdinrichtingen en tbs-klinieken. Kaski-rapport 52002, Nijmegen: KASKI/ITS, 2003, p. 154 ev
- <sup>5</sup> Prins, 1996  
Landman, 1998  
Lang, Y.M.C., Het mag (nog) geen naam hebben. Geestelijke verzorging in een psychiatrisch centrum. Utrecht: ISOR, 1995  
Elzinga, C.J.C., Romeo en Juliette. Een onderzoek naar de samenwerking tussen commandanten en geestelijk verzorgers binnen de Koninklijke Landmacht, doctoraalscriptie VU Amsterdam, 2003/2004.
- <sup>6</sup> Pieper, J.Z.T. & M.H.F. van Uden, Geestelijke verzorging op Van Gogh. Onderzoek onder cliënten van het Vincent van Gogh Instituut naar hun geloof/levensbeschouwing en hun behoefte aan geestelijke verzorging. Venray 2000.  
Lang (1995), 103  
Prins (1996)p.113,174,  
Landman (1998) p.71  
Elzinga (2004) p.51
- <sup>7</sup> Roy, A. de, L. Neijmeijer, D. Oenema en G. Hutschemaekers. Beroep: geestelijk verzorger. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997, p.175v
- <sup>8</sup> Molenaar, B., "Wat kunnen wij voor u betekenen? De benoeming van onze beroepsidentiteit", in: Tijdschrift Geestelijke verzorging, 7(32) 2004, pp 20-23
- <sup>9</sup> Nauer, D., Van geestelijke verzorging naar christelijke zielzorg.Pleidooi voor een hedendaags zielzorgconcept, inaugurele rede Theologische Faculteit Tilburg. 2004
- <sup>10</sup> Bouwer, J., Grondslagen van geestelijke zorgverlening als wetenschappelijke discipline, inaugurale rede R.U. Groningen, CVZ, 1998  
Bouwer, J., Van de kaart naar het gebied. Het domein van de geestelijke zorgverlening. Kamper Oraties 24, Kampen: Theologische Universiteit van de Gereformeerde kerken in Nederland, 2003.
- <sup>11</sup> Beroepsstandaard voor de geestelijk verzorger in zorginstellingen, VGVZ, 2002.  
(<http://www.vgvz.nl/beroepsstandaard.pdf>)
- <sup>12</sup> Zock, H., De geestelijk verzorger in beeld. Tegenstrijdige opvattingen en verwachtingen. In: Tijdschrift Geestelijke verzorging 8 (34) 2005, p19.
- <sup>13</sup> Snoep, L. "Vrijplaatsfunctie", ongepubliceerd paper voor de masteropleiding 'Geestelijke verzorging', RU Groningen, 2004.
- <sup>14</sup> Zock (2005) p16.
- <sup>15</sup> Baart, A., Een theorie van de presentie, Utrecht: Lemma 2001.p.218
- <sup>16</sup> Zock (2005) p.21.
- <sup>17</sup> Bouwer, J., De hermeneutisch-diagnostische competentie van de geestelijk zorgverlener. in: Tijdschrift Geestelijke verzorging, 6 (28), pp 75-87
- <sup>18</sup> Jorna, T., De geestelijke dimensie in de geestelijke verzorging. Kritische noties bij Bouwers competenties van het vak. In: Tijdschrift Geestelijke verzorging, 8, (34) 2005, p.36-46
- <sup>19</sup> Jorna (2005), p 37
- <sup>20</sup> Dit proces is grotendeels beschreven in: Oosterhout, A. van, Th. Spit en W.v.d. Wouw, Mensen met een verhaal. Een narratief-pastorale benadering van mensen met een verstandelijke handicap, Hoevelaken, SGO 1996.
- <sup>21</sup> Trapman, A., De minste allermeest. Wat hebben in Gods Naam de kerk en de ernstig zwakzinnigen elkaar te zeggen?, den Haag 1988, p.38-53.
- <sup>22</sup> Meininger, H., Mensen als beeld van God. In: Voorzet, jrg 6 (1993), nr 3. Hoevelaken., p. 6-10.
- <sup>23</sup> Meininger, H. '...als uzelf'. Een theologisch-ethische studie van zorg voor verstandelijk gehandicapten. Vereniging 's Heeren Loo, Amersfoort 1998.
- <sup>24</sup> Reinders, J. Wat niets kan worden, stelt niet voor". 'Mensen met een verstandelijke handicap in het licht van de hedendaagse gezondheidsethiek. Amersfoort Uitgave van s Heeren Loo, 1996, p.34.
- <sup>25</sup> Zizioulas, J., Communion and Otherness, in: Sobornost: the Journal of the Fellowship of S.Alban and S.Sergius 16 (1994) 1, 7-19.
- <sup>26</sup> Zizioulas, (1994)p 17
- <sup>27</sup> Reinders (1996)p.36
- <sup>28</sup> Zizioulas, J., Human Capacity and Incapacity: A Theological Exploration of Personhood, in: Scottish Journal of Theology 28 (1975) 401-488
- <sup>29</sup> Zizioulas (1975) p.422.
- <sup>30</sup> Meininger (1998)p.181,182.
- <sup>31</sup> .Oosterhout (1996) p. 91,92

---

<sup>32</sup> Oosterhout (1996) p.124,155

<sup>33</sup> Reinders (1996) p.37

<sup>34</sup> Meininger, H., Zin leren zien. Zinervaring en levensbeschouwing in professionele zorgverlening aan mensen met een verstandelijke handicap. In: Boer, Th. (red), Zinvolle zorgverlening. Amersfoort: Vereniging 's Heeren Loo, 1997, p.188. Hierin wordt het model levensverhaal (inlevingsverhaal) zoals uitgewerkt het het boek 'Mensen met een verhaal', Oosterhout, A. van, Th. Spit en W.v.d.Wouw geanalyseerd.

*Drs. Werner van de Wouw (1949). Studeerde praktische theologie (Tilburg), godsdienstpsychologie (Nijmegen) en contextueel pastoraat (Driebergen). Hij wordt opgeleid tot contextueel therapeut. Hij was o.a. werkzaam in onderwijs en (gezins- en groeps)pastoraat. Ruim 21 jaar werkte hij geestelijk verzorger in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Samen met collega's en de vakgroep godsdienstpsychologie van de Kath. Universiteit Nijmegen ontwikkelde hij een model levensverhaal. Hij geeft coaching aan teams en cursussen over met name zingeving, levensverhalen en zorgplannen, geestelijke verzorging, rouw en stervensbegeleiding, integratie van mensen met verstandelijke beperking. Over deze onderwerpen heeft hij diverse publicaties op zijn naam staan, o.a. "Mensen met een verhaal" (Hoevelaken 1996) en was mede-auteur van het 'Handboek Geestelijke verzorging in zorginstellingen'. Hij was jarenlang voorzitter van de landelijke werkveldraad van geestelijk verzorgers in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Hij maakt deel uit van de redactie van het tijdschrift "Geestelijke verzorging" Momenteel werkt hij als geestelijk verzorger in het Máxima Medisch Centrum in Eindhoven.*