Praktijkonderzoek

‘Integratie van geloof in hulpverlening’

In opdracht van de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP)



Gemaakt door:	Regiene van Laar & Marjolein van Ojen
Studie:	Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD) Studiejaar 4, Christelijke Hogeschool Ede (CHE)
Afstudeercoach CHE:	Adriana de Ridder
Opdrachtgever CVPPP:	Bart Gooijer
Datum:	mei 2011

Inhoudsopgave

Samenvatting 4
Voorwoord 5
Inleiding 6

Deel A Onderzoeksverslag

Hoofdstuk 1: Literatuuronderzoek 9
1.1 Inleiding 9
1.2 Uitwerking literatuuronderzoek 10
1.2.1 Definitie christelijke hulpverlening 10
1.2.2 Pastoraat en christelijke hulpverlening 10
1.2.3 Belang van religie in hulpverlening 11
1.2.4 Grondhouding christelijke hulpverlener 12
1.2.5 Biopsychosociaalspirituele model 13
1.2.6 Impliciete en expliciete benadering 14
1.2.7 Religieuze interventies 15
1.3 Conclusie 19
Hoofdstuk 2: Kwalitatief onderzoek: de interviews 20
2.1 Inleiding 20
2.2 Resultaten 21
2.3 Conclusie 25
Hoofdstuk 3: Kwantitatief onderzoek: de enquête 26
3.1 Inleiding 26
3.2 Resultaten 27
3.2.1 Persoonlijke gegevens 27
3.2.2 Christelijk geloof en vooronderstellingen theorie/visie 30
3.2.3 Praktijk 32
3.3 Interpretatie 40
3.3.1 Persoonlijke gegevens 40
3.3.2 Christelijk geloof en vooronderstellingen theorie/visie 40
3.3.3 Praktijk 41
3.4 Conclusie 45

Deel B Eindconclusie en aanbevelingen

Hoofdstuk 4: Eindconclusie en aanbevelingen 48
4.1 Inleiding 48
4.2 Eindconclusie 49
4.3 Aanbevelingen 51

Bronnenlijst 53

Deel C Bijlagen

Hoofdstuk 5: CD-ROM 56
5.1 Interview 56
5.2 Interviews CVPPP-leden 58
5.2.1 Interview Cisca Zwiep 58
5.2.2 Interview Yvonne Jansen 63
5.2.3 Interview Rens Filius 69
5.2.4 Interview Piet van Roest 76
5.3 Vragenlijst enquête 82

5.4 Excelbestand gegevens enquête
5.5 Geluidsopnames interviews

Samenvatting

Dit verslag beschrijft het onderzoek dat binnen de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP) heeft plaatsgevonden. Het onderzoek is gedaan als afstudeeropdracht voor de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool Ede (CHE).

Het doel van dit onderzoek is de CVPPP meer inzicht te geven in hoe het christelijke geloof geïntegreerd is in de hulpverleningspraktijk van de CVPPP-leden en waar nog wensen of behoeften liggen op het gebied van geloof en hulpverlening (te denken valt aan bijscholing, intervisie, congressen).

Om dit doel te bereiken is literatuuronderzoek gedaan. Uit dit literatuuronderzoek is naar voren gekomen wat belangrijke hoofdlijnen zijn van christelijke hulpverlening.
Vervolgens heeft er een veldonderzoek plaatsgevonden. Allereerst door interviews af te nemen onder vier CVPPP-leden en vervolgens een enquête, die is afgenomen onder 290 CVPPP-leden. Vanuit deze onderzoeken zijn de resultaten en conclusies beschreven. Deze resultaten en conclusies hebben uiteindelijk in aanbevelingen geresulteerd, waarvan gehoopt wordt dat de CVPPP hier ook daadwerkelijk iets mee gaat doen.

De conclusies zijn:
- dat christelijke hulpverlening een complex onderwerp is;
- dat christelijke hulpverlening er in de praktijk van de vier geïnterviewde CVPPP-leden verschillend uit ziet en hier verschillend vorm aan wordt gegeven;
- CVPPP-leden hebben vooral behoefte aan praktische, concrete handvatten en thema's die spelen in de hulpverlening;
- 22% van de leden geeft aan 'geen' behoeften of wensen te hebben van de CVPPP;
- leden hebben behoefte aan onderling contact. Dit uit zich in de wens aan kleinschalige inter- en supervisiekringen;
- leden zijn (emotioneel) betrokken bij de CVPPP, zo blijkt uit de betrokken reacties van leden. Ook zijn leden bereid om zelf een bijdrage te leveren aan de CVPPP, zoals het ontwikkelen van cursussen, methodieken en dergelijke.

De aanbevelingen aan de CVPPP zijn:
- praktische scholing te verwerken in het aanbod van de CVPPP;
- in te spelen op de genoemde behoefte, namelijk het organiseren van een cursus. Een bijkomend advies is om de scholingsvormen (studiedag, cursus, seminar) af te wisselen;
- leden in te schakelen die een cursus willen organiseren;
- mogelijkheden voor leden om zich als leertherapeut bekend te kunnen maken;
- nader te onderzoeken wat voor belang leden met 'geen wensen/behoeften' bij hun lidmaatschap van de CVPPP hebben;
- een coördinator proberen te vinden voor de intervisiekringen en het aantal kringen uit te breiden naar bijvoorbeeld vijf of meer op andere plaatsen in Nederland dan de huidige;
- te onderzoeken hoeveel leden behoefte hebben aan belangenbehartiging door de CVPPP richting zorgverzekeraars.

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag met de uitkomsten van het onderzoek naar integratie van geloof en hulpverlening bij leden van de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP). Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in het kader van een afstudeeropdracht voor de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool Ede (CHE). De onderzoekers hebben in opdracht van de CVPPP dit onderzoek uitgevoerd tussen februari en mei 2011.

Onze dank gaat in eerste instantie uit naar de CVPPP en onze opdrachtgever Bart Gooijer, die ons de mogelijkheid gaf om dit interessante onderzoek te mogen uitvoeren. Daarnaast gaat onze dank uit naar onze afstudeercoach vanuit de CHE, Adriana de Ridder. Samen met Bart Gooijer heeft zij ons geholpen dit onderzoek tot een mooi resultaat en goed einde te brengen. Onze dank gaat ook uit naar andere mensen die op wat voor manier dan ook een bijdrage hebben geleverd. Te denken valt aan de CVPPP-leden, Nadia van Noppen die dit onderzoeksverslag heeft gecontroleerd op spelling en andere mensen die een onmisbare en waardevolle bijdrage hebben geleverd.

Het onderzoeksverslag is in eerste instantie geschreven voor het bestuur van de CVPPP. Daarnaast kunnen geïnteresseerden, zoals CVPPP-leden, dit verslag inzien. Het verslag zal gepubliceerd worden op de internetsite van het CVPPP.

Regiene van Laar
Marjolein van Ojen

Inleiding

De CVPPP, opgericht op 16 maart 1990, is een Nederlandse vakvereniging waarbij de relatie tussen christelijk geloof en de vakgebieden psychiatrie, psychologie en psychotherapie centraal staat. De CVPPP organiseert jaarlijks studiedagen, publiceert het wetenschappelijke kwartaalblad Psyche & Geloof, publiceert Verenigingsnieuws en heeft regionale studie- en/of intervisiekringen. Dit zijn de kerntaken van de CVPPP. De CVPPP heeft een bestuur van vijf personen en bestaat als vereniging in totaal uit ongeveer 300 leden.

In 2009 heeft de CVPPP zich beziggehouden met het schrijven van een meerjarenbeleidsplan. Aanleiding voor het opstellen van dit beleidsplan is de behoefte binnen de CVPPP om de vereniging te professionaliseren. Zodat er een koers kan worden bepaald waar leden bij betrokken zijn. Dit doet de CVPPP door aan te sluiten bij behoeften en deskundigheid van leden.

Om haar visie te realiseren richt de CVPPP zich de komende jaren (2010-2014) op zes speerpunten, namelijk:
1. Professionaliseren;
2. Versterken van ledenrelaties;
3. Samenwerken/netwerken;
4. Uitbreiding ledental en doelgroep;
5. Profileren christelijke identiteit;
6. Dienstverlening.

Dit afstudeeronderzoek sluit aan bij het zesde speerpunt, namelijk het punt van dienstverlening.
De CVPPP geeft aan het waardevol te vinden als kennis en vaardigheden vanuit de CVPPP ingezet kunnen worden voor kerk en samenleving. Tot nu toe gebeurde dit vooral via het vakblad Psyche & Geloof en door de publieke toegang tot congressen. Ook heeft de CVPPP aangegeven wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot 'geloof en psyche' te willen ondersteunen. Daarnaast kan de CVPPP dit doel uitwerken op nieuwe en meer interactieve manieren. Dit kan bijvoorbeeld door nieuw te vormen werkgroepen, samenwerking met partnerorganisaties, enzovoorts.
Naast het gericht zijn op het bieden van dienstverlenende activiteiten aan kerken, ggz-instellingen en -opleidingen in Nederland, kan er wellicht ook behoefte onder CVPPP-leden zijn aan training, bijvoorbeeld met betrekking tot de integratie van geloof in psychotherapie (toekomstig cursusaanbod voor christelijke therapeuten). Dit laatste is waar dit afstudeeronderzoek bij aansluit en op gericht is.
Hiernaast sluit het onderzoek aan bij bestaande kerntaken. Het onderzoek kan met name helpend zijn om de inhoud of werkwijze van toekomstige congressen en publicaties bij te stellen, om zo beter aan te sluiten bij de praktijkuitvoering, wensen en behoeften van leden[1].

Om plannen te realiseren en doelen te behalen, streeft de CVPPP onder meer naar kwaliteit. Door middel van dit afstudeeronderzoek zal hieraan worden bijgedragen. Het afstudeeronderzoek heeft als doel om meer inzicht te geven in hoe het christelijke geloof geïntegreerd is in de hulpverleningspraktijk van CVPPP-leden en waar nog behoeften of wensen (te denken valt aan bijscholing, intervisie, congressen, enzovoorts) liggen op het gebied van geloof en hulpverlening.
Als gevolg van de resultaten die het afstudeeronderzoek heeft opgeleverd, kan het bestuur van de CVPPP hier ook daadwerkelijk wat mee doen. Dit door bijvoorbeeld bijscholingscursussen aan te bieden of congressen te organiseren die aansluiten bij de behoeften van de CVPPP-leden. Dit kan leiden tot een toename van kwaliteit in het aanbod

[1] Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (2010). *Beleidsplan 2010-2014,* pag. 4-15

van de CVPPP voor eigen leden en daardoor indirect een kwaliteitsverbetering in de hulpverlening door CVPPP-leden aan hun cliënten.

In dit onderzoek is antwoord gegeven op de hoofdvraag:
Hoe wordt christelijk geloof geïntegreerd in het hulpverleningswerk van CVPPP-leden en waar liggen wensen of behoeften van CVPPP-leden op het gebied van het integreren van geloof en hulpverlening?

Het onderzoek bestaat uit drie delen. Deel A bestaat uit een literatuuronderzoek. Vanuit de kennis die is opgedaan uit het literatuuronderzoek is er met deel B gestart. Deel B is het veldonderzoek onder CVPPP-leden. Dit veldonderzoek bestond uit het afnemen van interviews onder vier CVPPP-leden (kwalitatief onderzoek) en vervolgens een enquête onder 290 CVPPP-leden (kwantitatief onderzoek). De enquête is afgenomen onder alle CVPPP-leden, behalve studenten. Er is gekozen voor deze verschillende onderzoeksmethoden, om zo'n breed mogelijk beeld te krijgen. Nadere toelichting en verantwoording is te lezen in de inleidingen voorafgaand aan de verschillende hoofdstukken van dit onderzoeksverslag.
Vanuit de bovenstaande onderzoeken zijn de resultaten en conclusies beschreven in dit onderzoeksverslag. Deze resultaten en conclusies hebben uiteindelijk in aanbevelingen geresulteerd. In deel C zijn de bijlagen te vinden. Vanuit milieuoverwegingen, kosten en om het onderzoeksverslag goed leesbaar te houden, zijn de bijlagen terug te vinden op een cd-rom die is bijgevoegd.

.Aan het einde van het onderzoek zijn de volgende doelen bereikt:

- wij en de CVPPP hebben inzicht gekregen in hoe het christelijke geloof wordt geïntegreerd in de hulpverleningspraktijk van CVPPP-leden;
- wij en de CVPPP weten waar behoeften liggen onder CVPPP-leden op het gebied van integratie van geloof en hulpverlening;
- het CVPPP-bestuur heeft aanbevelingen gekregen rondom de behoeften van CVPPP-leden;
- het CVPPP-bestuur heeft een schriftelijk onderzoeksverslag ontvangen met daarin een verslag van het literatuuronderzoek, een samenvatting van de interviews, de enquêtes[2] met resultaten, conclusies en aanbevelingen;

[2] De uitwerkingen van de interviews en enquêtes worden op cd gezet en op deze manier aangeleverd aan de CVPPP.

Deel A Onderzoeksverslag

Hoofdstuk 1: Literatuuronderzoek

1.1 Inleiding

Door middel van het schrijven van een ‘Plan van aanpak’ is helder geworden wat en op welke manier er wordt onderzocht in dit onderzoek. De eerste stap is een literatuuronderzoek. Door middel van dit literatuuronderzoek wordt antwoord gegeven op deelvraag 1. Deelvraag 1 is: *Hoe ziet christelijke hulpverlening er uit?* Uiteindelijk wordt, door onder andere dit literatuuronderzoek, de hoofdvraag van het onderzoek beantwoord. De hoofdvraag is: *Hoe wordt christelijk geloof geïntegreerd in het hulpverleningswerk van CVPPP-leden en waar liggen wensen of behoeften van CVPPP-leden op het gebied van het integreren van geloof en hulpverlening?*

Het is belangrijk bij een onderzoek, als dit, om eerst helder te krijgen wat wordt verstaan onder het begrip ‘christelijke hulpverlening’. Literatuuronderzoek door al bestaande literatuur te raadplegen, was een logische stap. Dit literatuuronderzoek is de basis voor het veldonderzoek onder de CVPPP-leden. Op basis van het literatuuronderzoek zijn de interviewvragen opgesteld en later ook de enquête samengesteld.

Dit hoofdstuk gaat over de uitwerking van deelvraag 1. Er is verschillende literatuur geraadpleegd, zoals boeken, artikelen, internet. Dit om een zo breed mogelijk beeld te krijgen. Daarbij is gekeken naar het afwisselende gebruik van actuele bronnen en van bronnen die al wat ouder zijn. Zo is geprobeerd om de relevante hoofdlijnen van ‘hoe christelijke hulpverlening er uit ziet’ weer te geven. In de uitwerking worden verschillende thema’s uitgewerkt met betrekking tot christelijk geloof in hulpverlening. De thema’s zijn met een reden gekozen. Ons inziens zijn het belangrijke hoofdlijnen met betrekking tot christelijk geloof in hulpverlening. Daarnaast waren deze thema’s van belang voor het opzetten van het onderzoek voor bijvoorbeeld de interviews en enquête. Zo worden de volgende onderwerpen in dit hoofdstuk uitgewerkt:

- definitie christelijke hulpverlening;
- pastoraat en christelijke hulpverlening;
- belang van religie in hulpverlening;
- grondhouding christelijke hulpverlener;
- biopsychosociaalspirituele model;
- impliciete en expliciete benadering;
- religieuze interventies.

Vervolgens is in de conclusie een korte samenvatting van de uitwerking van deelvraag 1 te vinden. De conclusie kan gezien worden als een kort antwoord op deelvraag 1.

1.2 Uitwerking literatuuronderzoek

1.2.1 Definitie christelijke hulpverlening

Met betrekking tot christelijke hulpverlening zijn er verschillende definities waarin verschillende accenten worden gelegd. Hetgeen overeenkomt en de basis vormt, is dat hulpverleners de Bijbel als uitgangspunt nemen voor professionele hulpverlening.
Jan van der Wal[3], psycholoog en directeur van GLIAGG[4] 'de Poort', geeft aan wat zijn benadering van christelijke hulpverlening is: een hulpverlener die gelovig is aanvaardt de Bijbel als de geopenbaarde wil van God. De Bijbel is het uitgangspunt voor normatieve vooronderstellingen van de hulpverlening. Hulpverleners houden zich bezig met professionele hulpverlening. Daarbij wordt er gebruik gemaakt van de gangbare methoden en technieken. In het toepassen daarvan worden Bijbelse normen en waarden gehanteerd. Deze normen en waarden geven de hulpverlening betekenis en zin[5].

Over christelijke hulpverlening valt veel te zeggen. Er is niet één juiste manier van christelijke hulpverlening. Binnen christelijke hulpverlening zijn er veel theologieën en ook veel verschillende psychologieën. Hierdoor zou het naïef zijn om te denken dat één of een paar van al deze verschillen bij elkaar gebracht kunnen worden om zo het juiste antwoord te vormen.
Daarnaast zijn er verschillende factoren die een rol spelen in christelijke hulpverlening. Zo heeft iedere hulpverlener ook zijn/haar eigen persoonlijkheid, die de stijl van hulpverlenen beïnvloedt. Als een christelijke hulpverlener directief werkt, zou hij/zij waarschijnlijk ook directief werken als hij/zij geen christen was. Zo kan een andere hulpverlener weer een voorkeur hebben om non-directief te werken.
Daarnaast heeft de wijze van hulpverlening ook veel verband met de training en/of opleiding die hulpverleners hebben gevolgd. De training wordt in het werk weerspiegeld. Dat geldt ook voor de theoretici die de hulpverleners beïnvloeden door boeken.
Verder wordt de hulpverlening beïnvloed door de cliënten aan wie hulp wordt verleend. Bijvoorbeeld als een hulpverlener werkt met jongeren die worstelen met verschillende dilemma's en lijden. Bij deze jongeren wordt er een andere manier van hulpverlening toegepast, dan bij cliënten met psychotische persoonlijkheden.
Een hulpverlener neemt altijd zijn of haar eigen normen en waarden mee. Iedereen, christen of niet, ontleent normen en waarden uit de religieuze traditie van kerk of voorgeslacht, cultuur, opleiding, beroepsethiek, werkplek en meer. Christelijke hulpverleners nemen christelijke waarden en normen mee in het contact met hun cliënten. Dit geldt ook andersom. Hulpverleners die geen christen zijn, hebben ook normen en waarden die hen beïnvloeden in hun werk[6].

1.2.2 Pastoraat en christelijke hulpverlening

Op verschillende plaatsen in de literatuur is te merken dat het onderscheid tussen christelijke hulpverlening en pastoraat moeilijk te maken is. Dit onderdeel is bedoeld om verwarring te voorkomen.

De Vries-Schot (2008) geeft een omschrijving van pastoraat. Pastoraat, ofwel pastorale zorg, richt zich op 'heel de mens' vanuit het oogpunt van de levensoriëntatie. Levensoriëntatie houdt de gerichtheid van iemands leven in. Deze is bepalend voor de zin, inhoud en betekenis die iemand aan het leven geeft. De term levensoriëntatie kan worden ingevuld met begrippen als zingeving, levensbeschouwing, religie en geloof. Pastoraat betreft de wijze waarop deze begrippen vanuit de christelijke geloofstraditie worden ingevuld. Pastoraat is gelovig spreken over alle dingen die deze levensoriëntatie aangaan. "*Wanneer aan een*

[3] van Jan van der Wal wordt aangegeven in 'Lindeblad' dat hulpverleners zonder moeite zijn opmerkingen in de brede zin van het woord ter harte kunnen nemen.
[4] GLIAGG is een voorloper van wat nu Eleos heet.
[5] Van der Wal, *Mens in christelijke hulpverlening*, pag. 1
[6] Narramore, *Geloof in hulpverlening*, pag.14

tussenmenselijke relatie een pastoraal karakter toegekend wordt, betekent dit dat in deze relatie altijd gerekend wordt met de reële aanwezigheid van een 'Dritte im Bunde', van God zelf"[7] (de Vries-Schot 2008).

Voorwinden (2010) maakt een belangrijk onderscheid. Bij christelijke hulpverlening is het belangrijk om in beeld te krijgen of en hoe de geloofsdimensie van een hulpvrager bijdraagt aan het ontstaan, in stand houden en/of verminderen van de psychische problematiek. Om duidelijk het verschil te maken tussen christelijke hulpverlening en pastoraat, volgen hieronder aspecten die van toepassing zijn op hulpverlening. De Jonghe (2005)[8] onderscheidt verschillende aspecten van een (therapeutische) behandeling:

1. het therapeutisch werkkader of de behandelsetting: de omstandigheden waaronder de behandeling plaatsvindt;
2. het therapeutisch doel: wat wil de cliënt bereiken en wat wil de therapeut bereiken?
3. de therapeutisch werkrelatie: in het algemeen gezien als eerste en belangrijkste voorwaarde om hulp te verlenen;
4. de therapeutische interventies: de concrete handelingen die een therapeut doet en laat om de voortgang van de behandeling te bevorderen;
5. de therapeutische techniek: een goede techniek omvat een samenhangend geheel aan interventies.

Christelijke hulpverlening staat ten dienste van het herstelproces van de cliënt. Geloof kan op al deze vijf niveaus, die De Jonghe noemt, invloed hebben. Bij pastoraat staat het geloof in alles centraal[9].

Het onderscheid tussen pastoraat en christelijke hulpverlening hebben is aan het begin van dit verslag gemaakt. Christelijke hulpverlening en het pastoraat zijn twee verschillende disciplines. Een samenwerking tussen beide disciplines kan in de praktijk goed mogelijk zijn.

1.2.3 Belang van religie in hulpverlening

Vanuit verschillende hoeken komt steeds meer naar voren dat het ingaan op zingeving/religie belangrijk is in de hulpverlening. Zo bleek uit onderzoek, door Pieper & Van Uden in 1993, onder therapeuten dat geloof en levensbeschouwing wel degelijk een plaats krijgen toebedeeld in het therapeutische proces[10]. Dit onderzoek werd aangevuld met gegevens van de bevindingen van de cliënten. In 1992 werd een vragenlijstonderzoek gehouden onder ex-cliënten van de Riagg Oostelijk Zuid-Limburg (Heerlen) en de Riagg Zwolle. Het doel was om van cliënten te vernemen hoe tevreden ze waren op gebied van therapeutische interventies ten aanzien van hun geloof en levensbeschouwing.[11] Hierin gaven vooral ouderen aan dat geloof/levensbeschouwing te maken heeft met de problematiek en behandeling er van. In de gegeven opmerkingen bestond vooral een positief verband tussen geloof/levensbeschouwing en de psychische problematiek. Verder bleek dat meer mensen ontevreden dan tevreden waren over de wijze waarop in de behandeling werd ingegaan op geloof en levensbeschouwing. Op grond van de gegevens kan worden verondersteld dat cliënten (althans in Zwolle en Heerlen) veel minder tevreden zijn over de ruimte die voor geloof en levensbeschouwing wordt ingeruimd. Met name vanuit ex-cliënten van de Riagg Zwolle, kwamen geluiden dat men graag geholpen wilde worden door een hulpverlener die dicht bij het eigen (christelijk) geloof staat. Toch waren er ook mensen die juist vonden dat er bij het Riagg geen aandacht moest zijn voor geloof en levensbeschouwing. Sommigen vonden geloven thuis binnen het privé-domein of bij de pastoor te horen en niet in de hulpverlening.[12]

---

[7] De Vries-Schot, *Geloven is gezond*, pag. 33
[8] De Jonghe, in: Voorwinden, *Geloof en hulpverlening binnen cluster cure*, pag. 20
[9] Voorwinden, *Geloof en hulpverlening binnen cluster cure*, pag. 20/21
[10] Van Uden & Pieper, *Religie in de geestelijke gezondheidszorg*, pag.59
[11] Van Uden & Pieper, *Religie in de geestelijke gezondheidszorg*, pag.47-48
[12] Van Uden & Pieper, *Religie in de geestelijke gezondheidszorg*, pag.58-60

Bij psychische problemen, zoals een ernstige depressie, kan zingeving niet genegeerd worden. Dit omdat men bij zulke problemen altijd zingevingsvragen heeft. Wanneer dit wordt genegeerd is dat een ernstige tekortkoming in de hulpverlening[13].

In de vierde editie van de DSM is een nieuwe categorie opgenomen: religieuze en spirituele problemen. Men wil de aandacht vestigen op het belang van existentiële ervaringen voor het genezingsproces. Spirituele ervaringen van mensen confronteren hen met de diepste kern van hun zelf en hun probleemoplossend vermogen. Van Kalmthout (2001)[14] spreekt over een 'verloren dimensie'. Hij bedoelt hier het verloren gaan van de religieuze of spirituele ervaring. Psychotherapie wil mensen op concrete wijze helpen de zin van hun leven te (her)vinden. Daar hoort die 'verloren dimensie' bij.
Zo schrijft De Roeck (aangehaald in Van Kalmthout)[15] dat een mens het vermogen heeft tot transcendentie. Het meest eigene van mens-zijn is het vermogen om met onze verbeelding onszelf en de dingen waarin we verwikkeld zijn in een ruimer verband te plaatsen. Om van daaruit de bestaande toestand te overstijgen en nieuwe mogelijkheden aan te boren. Vanuit dat ruimere kader kunnen we zin geven aan ons leven. Dat overstijgen mondt uiteindelijk uit in spiritualiteit. Zo geeft religie zin door het verbonden zijn met de eenheid van al wat bestaat[16].

Wetenschappelijk onderzoek[17] naar de relatie tussen religie en psychisch welbevinden laat zien dat religie meestal een beschermende invloed uitoefent op het psychische welzijn. Hoe het verband tussen religieuze betrokkenheid en psychische welbevinden precies uitgelegd dient te worden is niet helder. Er zijn verschillende verklaringen voor. Onder andere meer zingeving, gezondheidsbevorderende normen en waarden, groter sociaal netwerk en religieuze copingmogelijkheden bij religieuze mensen. Daarnaast wordt genoemd dat religie hoop genereert, controlemogelijkheden biedt en dat een besef van het bovennatuurlijke een psychologische en spirituele boost geeft. De relatie tussen mentale gezondheid en religie/spiritualiteit is niet eenvoudig en eenduidig. Het is belangrijk om te realiseren dat 'religie' op een mysterieuze en dynamische wijze doorwerkt en verschillende psychologische functies kan vervullen in de verschillende levensfasen.
Hoewel[18] de meeste studies aantonen dat religie of spiritualiteit een beschermende invloed heeft op de mentale gezondheid, is er ook bewijs dat sommige religieuze vormen kunnen bijdragen aan het ontstaan van psychopathologie. Religie kan waanideeën versterken, schuldgevoelens doen toenemen en er toe leiden dat mensen geen adequate psychologische hulp zoeken. Zo is er een onderzoek dat aangeeft dat al te rigide oriëntaties negatieve consequenties kunnen hebben. Verder kunnen religieuze mensen soms te hoge verwachtingen van zichzelf of de ander hebben waardoor ze zichzelf veroordelen bij problemen die volgens hen niet bij religieuze mensen moeten voorkomen.

Op basis van wetenschappelijke gronden is de invloed van religie voor het psychische welbevinden van een mens belicht. Er zit een gevaar in de wetenschap, omdat het andere kennis of ervaringen dreigt uit te sluiten[19]. Zo lijkt toenemende specialisatie van wetenschap te leiden tot de verbanning van religie. Glas schrijft dat secularisering het onvermijdelijke gevolg van modernisering lijkt te zijn.

1.2.4 Grondhouding christelijke hulpverlener

De levensbeschouwing en het daaruit voortvloeiende mensbeeld is de basis voor de hulpverlener en de kern van waaruit hulp wordt verleend. Een christelijke hulpverlener gaat

[13] Zock & Glas, *Religie in de* psychiatrie, pag. 52
[14] Van Kalmthout e.a., *Spiritualiteit in psychotherapie?*, pag. 23
[15] Van Kalmthout e.a., *Spiritualiteit in psychotherapie?*, pag. 41-70
[16] Van Kalmthout e.a., *Spiritualiteit in psychotherapie?*, pag. 41-70
[17] Voorwinden, *Geloof en hulpverlening binnen cluster cure*, pag. 7
[18] Voorwinden, *Geloof en hulpverlening binnen cluster cure*, pag. 7,8
[19] Glas, *Modellen van 'integratie' in de psychologie en psychiatrie,* pag. 153

uit van het mensbeeld waarbij de mens in relatie staat tot God en anderen.[20] De mens is geschapen naar Gods beeld (de Bijbel, Genesis 1:26 en 27)[21].
Een cliënt dient bij een (christelijke) hulpverlener de grondhouding van acceptatie en barmhartigheid te merken. Dit maakt het mogelijk om zich open te stellen voor bijvoorbeeld confrontaties/correcties die noodzakelijk zijn.
Het christelijke geloof is echter allesomvattend: liefde en persoonlijke groei staan niet los van elkaar. Echte liefde uit zich niet in het egoïstisch uitleven van de eigen gevoelens, maar in verantwoordelijkheid ten opzichte van de naaste[22].
Respect is een ander belangrijk basisprincipe. Respect betekent ervan bewust zijn dat een cliënt kan denken en leven vanuit andere (godsdienstige) waarden. Daardoor heeft de cliënt andere gevoeligheden en andere prioriteiten dan de hulpverlener. Deze grondhouding van respect, betekent dat een hulpverlener zoveel mogelijk aansluit bij de religieuze of godsdienstige opvattingen van de cliënt. Als belangrijke, godsdienstige verschillen de behandeling belemmeren, zal de hulpverlener deze op transparante wijze bespreken[23].
Ook echtheid is een belangrijke grondhouding. Zo dienen interventies op religieus gebied op een natuurlijke wijze een plek te krijgen in de behandeling[24]. Daarnaast is echtheid belangrijk in het contact met de cliënt. Cliënten voelen het aan als dingen vanuit de hulpverlener gemaakt, onecht of niet authentiek zijn.
Een ander belangrijk basisprincipe is integriteit. De hulpverlener doorgrondt de eigen beweegredenen en is bereid om kennis te nemen van onbewuste mechanismen die in het professioneel handelen kunnen doordringen. (Leijssen, aangehaald in Voorwinden, 2010)[25]. Dit betekent dat een hulpverlener zijn eigen religieuze geschiedenis serieus neemt en eigen tegenoverdrachtsreacties op dit terrein kent[26].

1.2.5 Biopsychosociaalspirituele model

In de hulpverlening is het biopsychosociaal model een begrip. Dit[27] model geeft aan dat biologische, psychische en sociale factoren een voorbeschikkende, uitlokkende, onderhoudende of versterkende rol spelen bij psychische, sociale of lichamelijke problematiek en/of herstel daarvan. Een citaat uit de scriptie van Versluijs-Eering[28] om de definitie van het biopsychosociaal model te verduidelijken, is het volgende: "*Volgens Deepak Chopra[29] (1989) is het lichaam een afspiegeling van de geest. Iedere gedachte die wij hebben, veroorzaakt fysieke veranderingen. Wij merken dit vaak niet op omdat het soms gaat om heel kleine veranderingen. Maar deze kleine veranderingen hebben invloed op heel veel processen in ons lichaam en kunnen dus uiteindelijk grote veranderingen tot gevolg hebben. Wij kunnen dit vergelijken met de rots die uitgehold is door druppels water. Iedere druppel is klein en heeft maar een hele kleine invloed op de rots, maar wanneer de druppels al vervlogen of weggestroomd zijn, blijft de rots over met een uitholling."* Het biopsychosociaal model is geïntroduceerd door G. Engel (1977)[30]. In de loop van de tijd is aan het oorspronkelijke model een spirituele dimensie toegevoegd. Deze dimensie[31] kan levensbeschouwelijk of religieus worden ingevuld. Om aan alle wezenlijke dimensies van het menselijke bestaan recht te doen is het nodig om het biopsychosociaal model uit te breiden. De Vries-Schot[32] is van mening dat zonder de spirituele dimensie geen recht wordt gedaan

[20] Ruiter, *Kloof tussen geloof en hulpverlening*, 2011
[21] Narramore, *Geloof in de hulpverlening*, pag.19
[22] Pfeifer, *Psychische stoornissen en Bijbelse zielszorg*, pag. 43
[23] Voorwinden, *Eleos en bevrijdingspastoraat*, pag. 2
[24] Bouwhuis-van Keulen, *Religieuze interventies in psychotherapie*, pag. 2
[25] Leijssen, in: Voorwinden, *Integratie spirituele- of geloofdsdimensie GGZ-hulpverlening*, pag. 39
[26] Voorwinden, *Integratie spirituele- of geloofdsdimensie GGZ-hulpverlening*, pag. 39
[27] Versluijs-Eerling, *Het biopsychosociaal model*, pag. 11
[28] Versluijs-Eerling, *Het biopsychosociaal model*, pag. 18
[29] Chopra, in: Versluijs-Eerling, *Het biopsychosociaal model,* pag. 18
[30] Engel, in: Versluijs-Eerling, *Het biopsychosociaal model*, pag. 13
[31] De Vries-Schot, *Geloven is gezond*, pag. 133-146
[32] De Vries-Schot, *Geloven is gezond*, pag. 133-146

aan de mens. Problemen hangen vaak met meerdere factoren samen. Ze zijn vaak multidimensionaal. De meerwaarde van dit model is dat het de mens als totaal ziet.

1.2.6 Impliciete en expliciete benadering

In de hulpverlening gaat men dus uit van vier dimensies. De geloofsdimensie kan op verschillende manieren betrokken worden in de hulpverlening. Men spreekt in de literatuur over impliciete en expliciete integratie van religie in de hulpverleningspraktijk.
Het onderstaande deel over impliciete en expliciete integratie ontlenen wij aan Voorwinden (2010)[33]. Impliciete integratie is dat een hulpverlener zelf religieus kan zijn en met respect en zorg met cliënten omgaat. De hulpverlener heeft zijn eigen religieuze waarden en normen, maar deze worden niet actief ingebracht in de behandeling. De hulpverlener heeft respect voor de religieuze opvattingen van de cliënt en gaat hier alleen op in als de cliënt er om vraagt. Als een cliënt vraagt om een meer expliciete inbreng van religieuze interventies, zal de hulpverlener met een impliciete oriëntatie hier niet op ingaan en eventueel verwijzen naar een andere hulpverlener.
Expliciete integratie is een meer openlijke werkwijze waarbij op een directe en systematische wijze religieuze en spirituele onderwerpen in de therapie aan de orde komen. De expliciet georiënteerde hulpverlener maakt daarbij gebruik van spirituele hulpbronnen zoals bidden, Bijbellezen en het inschakelen van kerkmensen en andere religieuze groepen. De hulpverlener hoeft niet noodzakelijk religieus te zijn om expliciet georiënteerd te zijn. Sensitiviteit en respect voor de religie van de cliënt is in principe voldoende (Tan, 1996)[34]. Shafranske (2005)[35] stelt voor om impliciete en expliciete benadering te zien als twee polen van een continuüm. Hij onderscheidt:

a. een minimale positie (impliciete integratie): de behandelaar brengt religie niet actief ter sprake;
b. een middenpositie (expliciet-minimale integratie): de behandelaar brengt religie op een actieve en explorerende wijze ter sprake;
c. een maximale positie (expliciet-maximale integratie): de behandelaar brengt religie op een actieve en explorerende wijze ter sprake en biedt een zekere mate van spirituele leiding door middel van specifieke spirituele interventies, zoals gezamenlijk bidden of Bijbellezen.

Interventies bij een expliciet-minimale positie kunnen zijn:

- kennen van de religieuze achtergrond van de cliënt;
- exploreren van religieuze gedachten;
- verwijzen naar een dominee, aalmoezenier of rabbi;
- adviseren van meditatie;
- religieuze taal of concepten hanteren;
- privé bidden voor een cliënt;
- adviseren van religieuze bezigheden;
- adviseren van religieuze boeken;
- persoonlijke religieuze zelfonthulling;
- adviseren van bijhouden van een religieus dagboek;
- hanteren van religieuze geleide imaginatie;
- bidden met een cliënt.

Richards en Bergin (2005)[36] spreken bij deze benadering over een ‘oecumenische houding’ van de hulpverlener. Bij deze oecumenische houding is het belangrijk dat de hulpverlener:

- zich bewust is van zijn eigen culturele erfgoed, (religieuze) waarden en vooroordelen;
- enigszins bekend is met en respect heeft voor cultuur, rassen, (religieuze) waarden en normen die verschillen met die van hem/haar zelf;

[33] Voorwinden, *Geloof en hulpverlening binnen cluster cure*, pag. 6-11
[34] Tan, in: Voorwinden, *Geloof en hulpverlening binnen cluster cure*, pag. 6-11
[35] Shafranske, in: Voorwinden, *Geloof en hulpverlening binnen cluster cure*, pag. 6-11
[36] Richards en Bergin, in: Voorwinden, *Geloof en hulpverlening binnen cluster cure*, pag. 6-11

- begrijpt hoe (religieuze) waarden en normen van de hulpvrager zijn visie, gevoel en identiteit beïnvloeden;
- kan aanvoelen wanneer het beter is om de hulpvrager te verwijzen naar een therapeut van de eigen cultuur;
- kennis heeft van de specifieke (religieuze) achtergrond van de hulpvrager;
- zich bewust is van de eigen helpende houding en herkent hoe deze houding hulpvragers van verschillende rassen en culturen kan beïnvloeden.

Een expliciet maximale benadering vraagt om extra zorgvuldigheid. Tan[37] (1996) schrijft dat spirituele interventies die behoren bij een expliciet-maximale positie alleen onder specifieke voorwaarden kunnen plaatsvinden:

a. ze moeten bijdragen aan het oplossen van een klinisch probleem;
b. ze moeten aansluiten bij de geloofscultuur van de hulpvrager;
c. er moet duidelijke overeenstemming zijn voor het gebruik van expliciete spirituele interventies.

Door Richards en Bergin[38] wordt bij deze benadering over een 'denominale houding' gesproken. Deze denominale houding borduurt voort op de oecumenische, maar de hulpverlener is meer afgestemd op de specifieke religieuze groepering waartoe de cliënt behoort. Deze benadering kan alleen worden toegepast als de cliënt het vertrouwen heeft dat de hulpverlener de religieuze cultuur en het geloof van de cliënt grondig begrijpt, accepteert en respecteert. Bij een denominale houding zijn de volgende aspecten belangrijk:

- de hulpverlener dient overtuigd te zijn dat hij het unieke van het geloof van de cliënt begrijpt;
- de hulpverlener dient een positieve houding tegenover het geloof te hebben en in staat te zijn om psychologische aspecten van geloofszaken te onderscheiden;
- de cliënt dient expliciet aangegeven te hebben dat hij/zij bereid is om deel te nemen aan denominale interventies.

De mate waarin tijdens een behandeling gekozen wordt voor een meer impliciete, expliciet-minimale of een expliciet-maximale benadering hangt ondermeer af van:

a. aard van de psychopathologie/(psychische) problemen;
b. behandelsetting en behandelmethode;
c. behandeldoel;
d. behandelrelatie;
e. behandelfase;
f. specifieke deskundigheid van de hulpverlener;
g. religieuze matching[39].

Door middel van de samengevatte literatuur is te zien dat het toepassen van een benadering per cliënt, per behandelfase en per hulpverlener verschilt.

1.2.7 Religieuze interventies

Dit onderstaande deel over religieuze interventies ontlenen wij aan Bouwhuis- van Keulen (2010)[40]. Daarnaast ontlenen wij gedeeltes aan Voorwinden (2009)[41], waar wij specifiek naar zullen verwijzen.
Allereerst is het belangrijk om te definiëren wat wordt verstaan onder een religieuze interventie. Hiermee wordt bedoeld: het betrekken van het geloofsleven in therapie om het psychisch functioneren van een cliënt te versterken.

[37] Tan, in: Voorwinden, *Geloof en hulpverlening binnen cluster cure*, pag. 6-11
[38] Richards en Bergin, in: Voorwinden, *Geloof en hulpverlening binnen cluster cure*, pag. 6-11
[39] Voorwinden, *Geloof en hulpverlening binnen cluster cure*, pag. 6-11
[40] Bouwhuis-van Keulen, *Religieuze interventies in psychotherapie*, pag. 11-23
[41] Voorwinden, *Integratie spirituele- of geloofsdimensie GGZ-hulpverlening*, pag. 35-36

Het is belangrijk om te interveniëren op geloofsniveau, omdat cliënten behoefte hebben aan praten over levensbeschouwelijke thema's. Zo gaf veertig tot vijftig procent van de personen tijdens een onderzoek aan, dat het geloof hen helpt om te gaan met problemen (Pieper en van Uden in Nederland, 1992)[42]. Geloofselementen kunnen een rol spelen bij de klachten, de achtergrond van de klachten en wijze van omgaan met de klachten van een cliënt.

Voorwinden (2009) geeft enkele religieuze interventies aan, die christelijke hulpverleners kunnen toepassen, namelijk:

- gebed

Bidden kan verbaal en non-verbaal. Het gebed kan verschillende vormen aannemen:

- een verzoek voor jezelf of voor anderen;
- gezamenlijk en/of alleen bidden;
- een belijdenis van iets verkeerds en om vergeving vragen;
- prijzen en eren;
- aanroepen van de aanwezigheid van God;
- dankbaarheid uiten.

Onderzoek geeft aan dat psychotherapeuten soms in stilte bidden voor hun cliënten of hardop bidden met hun cliënten tijdens een sessie en/of cliënten zelf aanmoedigen om buiten de behandeling om te bidden.
Bouwhuis-van Keulen (2010) geeft aan, dat God gebeden verhoort en er op Zijn manier wat mee doet. Het is belangrijk om als hulpverlener te kijken hoe het gebedsleven van de cliënt zich verhoudt tot het psychisch functioneren (klachten en persoonlijkheid) van de cliënt. Worden gevoelens en patronen uit het leven van de cliënt ook zichtbaar in het gebedsleven? Draagt het gebedsleven van de cliënt positief, negatief of neutraal bij aan het psychisch functioneren?
Als de vormgeving van het gebed een rol speelt bij de psychische klachten, kunnen hulpverleners zoeken naar mogelijkheden om een 'gezond' gebedsleven te ontwikkelen. Natuurlijk passend bij de cliënt, qua persoonlijkheid en kerkelijke achtergrond. Het is hierin belangrijk om het gebedsleven van een cliënt te analyseren en te exploreren.

- gebruik van de Bijbel, zoals Bijbelteksten, Bijbelse thema's, Bijbelverhalen en Bijbelse beelden (metaforen) of personen

Het bespreken van Bijbelteksten met cliënten gebeurt meestal spontaan, aldus Bouwhuis-van Keulen (2010). Een voorbeeld om te verduidelijken. Hulpverleners kunnen in gesprek zijn met een cliënt over een bepaald thema. Vervolgens komt er een Bijbeltekst bij de hulpverlener of bij de cliënt op. Deze Bijbeltekst wordt gedeeld tijdens het therapiegesprek. De Bijbel komt zo op een ontspannen wijze aan de orde. De cliënt kan zijn gedachten en gevoelens onder woorden brengen naar aanleiding van de Bijbeltekst.
Daarnaast kan een hulpverlener zich ook voorbereiden op het bespreken van Bijbelteksten. Iedere cliënt heeft eigen thema's die regelmatig terugkeren in therapie. Als hulpverlener kan je bijvoorbeeld Bijbelteksten opzoeken die de cliënt kunnen helpen om vanuit een ander gezichtspunt naar dat thema te kijken.
Van groot belang is om te vragen naar een reactie van de cliënt, omdat Bijbelteksten hele verschillende associaties en emoties bij cliënten op kunnen roepen. Voorbeeldvragen zijn: Wat roept deze Bijbeltekst bij jou op? Wat betekent deze tekst voor je? Wat zegt deze tekst over jou en jouw situatie? Waar doet deze tekst je aan herinneren?
Afhankelijk van de therapeutische methode, worden er passende vragen gekozen door de hulpverlener.
Het vinden van een Bijbeltekst kan ook een proces tussen de hulpverlener en de cliënt zijn. Bijvoorbeeld door naar aanleiding van een besproken thema de vraag te stellen: 'Wat zegt de Bijbel over dit onderwerp?' of 'Kijk eens of er een Bijbeltekst is, die in je opkomt als we het hierover hebben'. Dan wordt het een samen zoeken naar antwoorden en dat kan samenbindend werken.

[42] Van Uden & Pieper, *Religie in de geestelijke gezondheidszorg*, pag.58

Op het moment dat de hulpverlener samen met de cliënt er tijdens de sessie niet uitkomt, kan de hulpverlener het als huiswerkopdracht meegeven: 'Wil je de komende week eens nagaan wat de Bijbel over dit onderwerp zegt?' Dit kan de cliënt doen door de Bijbel te lezen, een boek over dat onderwerp te lezen of door er met anderen over te praten.
De Bijbel staat verder vol met verhalen, beelden, gedichten, symbolen en metaforen. Er kunnen verschillende aanleidingen zijn om bijvoorbeeld een religieuze metafoor te bespreken: 1) de cliënt noemt (terloops) een Bijbels beeld; 2) de hulpverlener vraagt de cliënt of er een beeld boven komt (naar aanleiding van een besproken thema); 3) de hulpverlener brengt een metafoor in. Alle drie zijn helpend, mits het beeld aansluit bij de (belevingswereld van de) cliënt. Op een vergelijkbare manier kunnen verhalen en personen uit de Bijbel een plek worden gegeven in therapie. De hulpverlener kan de cliënt vragen naar een Bijbels verhaal of persoon die hem aanspreekt of past bij het thema dat besproken is.

- meditatie

Volgens Bouwhuis-van Keulen (2010) is christelijke meditatie, eenvoudig gezegd, het vermogen om Gods stem te verstaan en Zijn Woord te gehoorzamen. Christelijke meditatie kan bijvoorbeeld aan de hand van Bijbelteksten en Bijbelse gedachten die men overdenkt en op zich in laat werken. Meditatie vraagt volgens Voorwinden (2009) om een passieve attitude van de cliënt, spierontspanning en actieve concentratie. Het doel van de oefening is in eerste plaats om te ontspannen.

- muziek

Een geheel andere manier is gebruik maken van religieuze muziek. Muziek kan cliënten emotioneel raken en in ontwikkeling brengen[43].

- vergeving en berouw

Vergeving na berouw, kan de relatie met anderen en met God herstellen. Vanuit psychologisch oogpunt wordt vergeving schenken en ontvangen gezien als een belangrijke bijdrage aan het bevorderen van psychisch welbevinden. Onderzoeken bevestigen deze aanname. Uit onderzoek komt ook naar voren dat vergeving één van de meeste gebruikte religieuze interventies is. In de vorm van: het aanmoedigen van cliënten om anderen, zichzelf en God vergeving te vragen en te vergeven. Vergeving kan ook plaats vinden zonder de religieuze dimensie. Maar de effectiviteit van vergeving wordt mogelijk vergroot als de meest basale geloofsovertuiging er bij wordt betrokken. Belangrijk is de timing. Het proces van vergeving vraagt tijd en dient niet prematuur plaats te vinden[44].

- Godsbeeld

Het thema Godsbeeld is relevant voor psychotherapie geeft Bouwhuis- van Keulen (2010) aan. Dit omdat er verbanden zijn gevonden tussen het Godsbeeld en psychologische thema's zoals zelfbeeld, hechting en persoonlijkheidsfactoren. Benson & Spilka (1973), Kirkpatrick (1998) en Schaap- Jonker, Eurelings-Bontekoe, Verhagen & Zock (2002)[45]. Moriarty, Hoffman en Grimes (2006)[46] beschrijven drie manieren om een onveilige hechting met God aan de orde te stellen en te veranderen in een veilige hechting. Dit door:

1. als hulpverlener een sterke relatie aan te gaan met de cliënt vanuit een veilige basis. Dit is in het veranderen van de hechtingsrelatie (met God, maar ook met anderen) van groot belang;
2. als hulpverlener te werken met de overdracht van de cliënt en de eigen tegenoverdracht van de hulpverlener. Een tweede manier om verandering te kunnen

[43] Bouwhuis-van Keulen, *Religieuze interventies in psychotherapie*, pag. 17
[44] Voorwinden, *Integratie spirituele- of geloofsdimensie GGZ-hulpverlening*, pag. 36
[45] Benson& Spika; Kirkpatrick; Schaap-Jonker; Eurelings-Bontekoe; Verhagen & Zock; in Bouwhuis- van Keulen, *Religieuze interventies in psychotherapie*, pag. 21
[46] Moriarty, Hofman, & Grimes, in: Bouwhuis- van Keulen, *Religieuze interventies in psychotherapie,* pag. 21

bewerkstellingen in de hechting tussen de cliënt en God, is door te bespreken wat er tussen jou en de cliënt gebeurt;
3. de cliënt te helpen onderkennen hoe hij/zij nu relaties aangaat en ongezonde patronen leert loslaten en gezonde aan te leren.

Als cliënten zich bewust zijn van hoe ze in relatie staan met andere mensen, zijn ze ook in staat om te ontdekken hoe ze hun relatie met God vorm geven. Door bewust stil te staan bij gedachten en gevoelens die ze hebben in het contact met God, kunnen cliënten ervoor kiezen om deze te wijzigen. Dit door zich bijvoorbeeld open te stellen voor de liefdevolle kant van God.

- zelfbeeld

Bij sommige cliënten is het negatieve zelfbeeld dermate hardnekkig, dat een specifieke interventie nodig is. Bij het bespreken van het zelfbeeld kan de hulpverlener allerlei cognitieve en experimentele technieken gebruiken.[47]

- rituelen

Voorwinden (2009) zegt dat vanuit religieus oogpunt religieuze rituelen/ceremonieën kunnen dienen om (a) liefde en toewijding aan God uit te drukken; (b) zich (opnieuw) te verbinden aan een spiritueel en moreel leven; (c) toewijding aan God te laten zien aan andere leden van de religieuze gemeenschap; (d) boete te doen voor zonden; (e) het zoeken van religieuze leiding en verlichting.
Vanuit psychologische oogpunten kunnen religieuze vormen bijdragen aan het vinden van zin en betekenis. Maar ook aan het hanteren van schuld, angst en vervreemding en het beter omgaan met belangrijke faseveranderingen in het leven. Hulpverleners gebruiken dit soort interventies nauwelijks.
Bouwhuis- van Keulen (2010) verwijst naar het boek van Onno van der Hart 'Afscheidsrituelen in pyschotherapie' (1987) met betrekking tot het thema rouw of verlies. Als het gaat om het thema rouw of verlies, kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van afscheidsrituelen. Dit om het rouwproces vorm te geven en af te ronden aan de hand van een ritueel.

- hulp zoeken bij religieuze leiders

Een hulpverlener kan een cliënt als advies geven om bijvoorbeeld hulp te zoeken bij een dominee, een oudste of een pastoraal werker om religieuze zaken te bespreken. Maar ook om soms meer levensterreinen te bespreken. Hulpverleners lijken hier weinig gebruik van te maken.
Als hulpverlener is het belangrijk om in te schatten of religieuze leiders helpend beschikbaar zijn. Er zijn bijvoorbeeld ook leiders die met hun uitspraken psychologisch verkeerde adviezen kunnen geven. Ook is het belangrijk om in te schatten of cliënten toe zijn aan pastorale hulp en er toestemming voor geven.[48]

- broederschap en dienstbaarheid

Hier wordt deelname aan kerkelijke activiteiten of sociale activiteiten van een religieuze groep mee bedoeld, aldus Richards en Bergin[49]. Deze activiteiten kunnen zeer divers zijn. Met dienstbaarheid wordt bedoeld: al de activiteiten binnen de kerkelijke gemeente waarbij er aandacht is voor de ander in de gemeente. Uit onderzoek blijkt dat hulpverleners van deze interventie weinig gebruik maken. Dit terwijl verondersteld wordt dat sociale betrokkenheid naast religieuze voordelen ook een psychische buffer vormt tegen stress. [50]

[47] Bouwhuis-van Keulen, *Religieuze interventies in psychotherapie*, pag. 21
[48] Voorwinden, *Integratie spirituele- of geloofsdimensie GGZ-hulpverlening*, pag. 36
[49] Richards en Bergin, in: Voorwinden, *Integratie spirituele dimensie,* pag. 36
[50] Voorwinden, *Integratie spirituele- of geloofsdimensie GGZ-hulpverlening*, pag. 36

1.3 Conclusie

De conclusie op de vraag ‘Hoe ziet christelijke hulpverlening er uit?’ is niet eenvoudig te geven. Christelijke hulpverlening is een complex onderwerp. Er is niet één juiste definitie of manier van hulpverlenen met betrekking tot dit onderwerp.

Hetgeen overeenkomt en de basis vormt, is dat hulpverleners de Bijbel als uitgangspunt nemen voor professionele hulpverlening. Zij werken vanuit christelijke waarden en normen. Een christelijke hulpverlener gaat uit van het mensbeeld waarbij de mens in relatie staat tot God en anderen. De mens is geschapen naar Gods beeld.
De grondhouding van een (christelijke) hulpverlener dient te bestaan uit acceptatie en barmhartigheid. Andere basisprincipes zoals liefde, respect, echtheid en integriteit zijn belangrijk in (christelijke) hulpverlening.

In de manier van hulpverlenen spelen verschillende factoren een rol. Naast normen en waarden zijn ook persoonlijkheid, training/opleiding en de cliënt zelf van belang.

Een hulpverlener kan het christelijke geloof op verschillende manieren betrekken in de hulpverlening. Impliciete integratie is dat een hulpverlener zelf religieus kan zijn en met respect en zorg met cliënten omgaat. De hulpverlener brengt zijn eigen religieuze waarden en normen niet actief in tijdens de behandeling.
Expliciete integratie is een meer openlijke werkwijze waarbij op een directe en systematische wijze, religieuze en spirituele onderwerpen in de therapie aan de orde komen.

Daarnaast kan een hulpverlener er voor kiezen om gebruik te maken van verschillende religieuze interventies. Dit houdt in: het betrekken van het geloofsleven in therapie om het psychisch functioneren van een cliënt te versterken. Religieuze interventies waar gebruik van kan worden gemaakt, zijn: gebed, de Bijbel, meditatie, muziek, vergeving en berouw, het Godsbeeld, het zelfbeeld, rituelen, hulp zoeken bij religieuze leiders en broederschap en dienstbaarheid.

Met deze conclusie is lang niet alles gezegd over christelijke hulpverlening. In deze conclusie is geprobeerd wat hoofdlijnen weer te geven.

Hoofdstuk 2: Kwalitatief onderzoek: de interviews

2.1 Inleiding

De stap na het literatuuronderzoek, is het veldonderzoek onder de CVPPP-leden. Dit veldonderzoek bestaat uit twee onderdelen, namelijk het afnemen van interviews en van een enquête. In dit onderdeel van het onderzoek worden de resultaten van de interviews uitgewerkt.

Er is gekozen om een semigestructureerd interview af te nemen onder vier CVPPP-leden met verschillende functies, kerkelijke achtergronden, geslacht en ook variërend in hoe lang ze al betrokken zijn bij de CVPPP. Dit om een zo breed mogelijk beeld te krijgen. Zo hebben wij een psychiater (en tevens ook psychotherapeut), een psychotherapeut (en tevens ook psycholoog) en twee psychologen geïnterviewd. Hiervan zijn er twee man en twee vrouw. Tevens zijn er CVPPP-leden geselecteerd van uiteenlopende leeftijden. Zo hoopten wij een beeld te krijgen van de verschillende manieren van denken en beleven van geloof en het integreren van geloof in het hulpverleningswerk. De informatie die uit de interviews voort kwam, zijn onder andere gebruikt als basis voor het opzetten van de enquête.

Voor een semigestructureerd interview is gekozen, omdat zo in ieder geval enkele belangrijke vragen en onderwerpen besproken kunnen worden die relevant zijn voor het onderzoek. Vooral voor het beantwoorden van deelvraag 2: *Hoe geven CVPPP-leden momenteel christelijk geloof plek in hulpverlening?* Tevens wordt de uiteindelijke hoofdvraag van ons onderzoek te beantwoorden. De hoofdvraag is: *Hoe wordt christelijk geloof geïntegreerd in het hulpverleningswerk van CVPPP-leden en waar liggen wensen of behoeften van CVPPP-leden op het gebied van het integreren van geloof en hulpverlening?*

Tegelijkertijd wilden we ook de ruimte geven en nemen om tijdens het interview, los van de van te voren vastgestelde vragen, door te vragen op aspecten die op dat moment naar boven kwamen of relevant en interessant waren. Dit leverde het meeste op voor het onderzoek.

2.2 Resultaten

In dit hoofdstuk is een samenvatting te vinden van de belangrijkste resultaten en onderwerpen die in de interviews naar voren zijn gekomen. Als bijlage bij dit onderzoeksverslag is een cd-rom toegevoegd waar de volledige uitgewerkte interviews te vinden zijn.

De volgende onderwerpen zijn hieronder uitgewerkt:

- vier geïnterviewde CVPPP-leden;
- de betekenis van het christelijke geloof voor de vier CVPPP-leden;
- het mensbeeld van de CVPPP-leden;
- hoe de CVPPP-leden zich verhouden tot geloof, wetenschap en hulpverlening;
- de therapeutische houding/attitude met betrekking tot christen-zijn;
- of en van welke religieuze interventies gebruikt wordt gemaakt;
- samenwerking met pastores/het pastoraat;
- Godsbeelden en (on)gezonde vormen van geloven;
- wensen/behoeften/verwachtingen van de CVPPP.

Vier geïnterviewde CVPPP-leden
De interviews hebben wij met de volgende leden gehouden:

- Rens Filius, 53 jaar, +/- 21 jaar betrokken bij de CVPPP, psycholoog en psychotherapeut te Uithoorn. Kerkelijke achtergrond: Evangelisch;
- Yvonne Jansen, 42 jaar, +/- 6 maanden betrokken bij de CVPPP, psycholoog te Ede. Kerkelijke achtergrond: Evangelisch;
- Piet van Roest, 60 jaar, +/- 21 jaar betrokken bij de CVPPP, psychiater en psychotherapeut te Lunteren. Kerkelijke achtergrond: PKN;
- Ciska Zwiep, 45 jaar, +/- 15 jaar betrokken bij de CVPPP, psycholoog te Veenendaal. Kerkelijke achtergrond: PKN.

Betekenis van het christelijke geloof
Wat overeenkomt in de interviews, is dat de CVPPP-leden God als basis zien voor hun leven. Van daaruit werken zij. Het is voor verschillende leden geruststellend dat zij mogen weten een kind van God te zijn, geaccepteerd door God en bij Hem te mogen horen. Dit beïnvloedt hoe zij omgaan met hun medemens door anderen te accepteren zoals zij (op dit moment) zijn.

Mensbeeld
God heeft het goede voor de mens op het oog. God wil de mens geen hak zetten, is de visie van Zwiep. Tevens vindt zij het van belang om de overeenkomsten te zoeken tussen de verschillen in geloven.

Volgens Van Roest is het leven vanuit het christelijke geloof een ‘way of life’ geworden. Dat wil zeggen dat voor hem al die verhalen uit de Bijbel één immense wijsheid bevat die zijn leven richting geeft: namelijk om lief te hebben moet je elkaar kunnen verdragen. Specifiek christelijk aan zijn mensbeeld vindt Van Roest dat hij gelooft dat God de mens naar Zijn beeld heeft geschapen.

Centraal in de mensvisie van Jansen staat dat God de mens heeft gemaakt met een ziel, een geest en een lichaam. Deze drie aspecten beïnvloeden elkaar voortdurend. Jansen leeft heel bewust vanuit de wetenschap dat de echte werkelijkheid van God is.

Filius geeft bij zijn mensvisie aan dat hij mensen dubbel vindt. Mensen zijn in staat om zowel goede als slechte dingen te doen. Als je de boel zijn gang laat gaan, gaat het niet goed. Dan zijn mensen geneigd tot structuurloosheid, korte termijn belangen. Dat is één kant. Mensen

zijn ook in staat tot hele creatieve, mooie, opofferende daden of om heroïsche daden te verrichten. Filius geeft aan dat hij het idee heeft dat de mens vanuit Bijbelse noties en christelijke ideeën wat meer in balans is ten aanzien van goed en slecht. Er is altijd hoop voor mensen.

Verhouding tussen geloof, wetenschap en hulpverlening
Volgens Zwiep is geloof niet in wetenschappelijke termen te begrijpen. Wetenschap en geloof zijn twee verschillende gebieden die beiden waardevol zijn. In therapie kijk je of dingen helpend of niet helpend zijn, gezondheidsbevorderend of gezondheidsbelemmerend zijn. Het geloof kan zowel een bron van kracht als een bron van last zijn.

Volgens Van Roest is God de oorsprong van de schepping. Van Roest vindt dat christenen vaak te krampachtig met hun geloofsteksten omgaan en wetenschappers vaak te krampachtig met de wetenschap omgaan. Daardoor is er geen ruimte meer voor elkaar. Het één hoeft het ander niet uit te sluiten. Van Roest gelooft dat er voor het leven van de mens bepaalde wetmatigheden zijn. Als die wetmatigheden worden overtreden, dan kan dat gevolgen hebben voor onze (psychische) gezondheid. Ons grote voorbeeld is God en zijn bereidheid om met onze tekorten om te gaan. Het gaat in therapie vaak die kant op: de patiënt is teleurgesteld/boos. Je deelt impliciet christelijke principes: vergeving, verzoening, verdraagzaamheid. ‘Je gaat ervoor’ en ‘je incasseert als het nodig is’ zijn twee polen, ook in seculiere hulpverlening. Van Roest weet zich erbij ondersteund door eeuwenoude teksten. Nieuwe, via de ratio en empirisch onderzoek ontdekte waarheid, sluit tot zijn verrassing vaak bij dat oude aan.

Volgens Jansen is de werkelijkheid van God meer waar dan onze eigen werkelijkheid. Dat is haar uitgangspunt in zowel haar leven als in de hulpverlening. Het is een menselijke regel dat hulpverlening wetenschappelijk moet zijn, alsof dat een garantie is voor dat het “goed” is. Het is voor Jansen essentieel om God in haar werk te betrekken; mensen zijn immers door God Zelf gemaakt, Hij heeft verstand van mensen – meer dan ik, met mijn beperkte menselijke wijsheid, inzicht en verstand. Gezondheid heeft te maken met harmonie; vrede in relatie met God, jezelf en andere mensen. Heel veel problemen hebben te maken met onze identiteit. Tijdens het opgroeien raken we veel van onze harmonie en identiteit kwijt met als gevolg allerlei lichamelijke en niet-lichamelijke ziektes.

Voor Filius is het conflict niet zo groot in de hulpverlening, omdat in de praktijk in de toepassing van de wetenschap zaken meestal niet zo op de spits gedreven worden. In de wetenschap, zijn er mensen die niet bescheiden zijn in wat de wetenschap is of kan. De wetenschap sluit per definitie bovennatuurlijke krachten/oorzaken uit. Wat we niet kunnen waarnemen daar moeten we over zwijgen zegt de wetenschap. Daardoor ontstaat het soms dat wetenschappers niet zo bescheiden zijn. De primaire focus in de hulpverlening ligt voor hem op hoe mensen functioneren, hoe het bij mensen werkt. Filius is in de hulpverlening gericht op wat werkt, wat niet werkt en hoe het beter kan gaan werken. Dit noemt hij ook wel het structuuraspect van mensen. Als het gaat om geloven, gaat het om keuzes die je dient te maken. Dit is het richtingsaspect. In zijn werk met mensen richt hij zich veel meer op mensen helpen hun structuur te verbeteren. Mensen mogen zelf richting kiezen.

Therapeutische houding/attitude als het gaat om christen-zijn
Zwiep geeft aan dat bij mindfulness uit wordt gegaan van een accepterende houding. Dit loopt parallel met het christen zijn. Iemand ontmoeten zonder te oordelen; dit is de houding die je naar haar mening dient te hebben of te bereiken als hulpverlener. Je probeert iemand te laten zijn die hij/zij op dat moment is. Natuurlijk is er een zeker spanningsveld, want je hoopt ook op verandering in het leven van een cliënt. Maar verandering begint bij acceptatie.

Volgens Van Roest is het van belang om te komen tot erkenning van het tekort in levens en gelijktijdig een goed leven nastreven. Het is van belang om met de gebrokenheid van het

leven raad te leren weten. Je spreekt in de hulpverlening over religieuze waarden zonder religieuze taal te hanteren, zodat het voor de cliënt begrijpelijk is. Aan de hand van de Bijbelse verhalen kunnen we de psychologie eventueel verhelderen.

Jansen geeft aan dat haar basishouding er één is van respect, ruimte geven en tegelijkertijd (met een glimlach) weten dat mensen er volkomen naast kunnen zitten. Boven op haar professionele attitude heeft ze de overtuiging dat God met iemand bezig is en vindt het belangrijk om daar in mee te gaan, daarin proberen samen te werken met God door middel van gebed.

Filius wil de cliënt ruimte geven en niet evangeliserend bezig zijn in de hulpverlening. Als hij weet hoe de ander er in staat, dan kan hij ook heel nadrukkelijk dingen meegeven, zoals Bijbelse gedachten en noties. Dit doet hij alleen als het aansluit bij het referentiekader van de cliënt en bijdraagt aan de therapeutische doelstellingen. Bij niet-christenen laat hij zijn christen-zijn zien door zijn houding, door kwaliteit te leveren, zorgvuldig zijn werk te doen en dergelijke.

Religieuze interventies
Opvallend is dat alleen Jansen gebruik maakt van het samen met de cliënt bidden tijdens de hulpverleningssessies. Jansen is wel voorzichtig met bidden in de hulpverlening. Hier geeft ze de volgende verklaring voor: “Veel mensen zijn beschadigd door het gebruik van de Bijbel en/of gebed. Helaas is er ook religieuze manipulatie. Wat dat betreft is het goed om ook kritisch naar jezelf te kijken.” Ze bidt dus niet standaard met cliënten. “Ik ga hierin op mijn intuïtie af. Soms bid ik juist bewust niet met mensen, bijvoorbeeld wanneer ze God willen ‘gebruiken’ om hun eigen verantwoordelijkheid niet te hoeven nemen.”

De drie andere hulpverleners vinden het niet hun taak om te bidden met cliënten, vinden de verhoudingen te ongelijk om te kunnen bidden met cliënten of zijn bang voor het gebruik van verkeerde woorden. Cliënten mogen echter wel zelf bidden als zij daar behoefte aan hebben tijdens de sessie. Het gebruik van Bijbelteksten komt vaker voor. Het uitleggen van Bijbelse noties passen de verschillende therapeuten allemaal toe.

Samenwerking met pastores/het pastoraat of andere kerkelijke instanties
Opnieuw is het opvallend dat alle therapeuten samenwerken met instanties. Zwiep verwijst haar cliënten voor geloofsvragen naar hun eigen pastor.
Van Roest verwijst het liefst terug naar de eigen kerkelijke gemeente. Tevens laat hij cliënten vrij in de keuze waar zij het liefst met geloofsvragen heen willen. Hij wil de verantwoordelijkheid bij cliënten laten liggen. Wel legt hij folders van bijvoorbeeld ‘Living Waters’ in zijn praktijk. Als hij het idee heeft dat er nuchtere mensen zitten, die dat begeleiden, dan adviseert hij cliënten graag om daar naar toe te gaan. “Als je daar drie uur gedegen gebedspastoraat krijgt, kan daar geen psychotherapiesessie tegen op”, aldus van Roest.

Wanneer Jansen denkt dat mensen meer of heel specifiek gebed nodig hebben, of een bepaalde conferentie passend zou zijn, dan geeft ze dat wel aan. Ze is enthousiast over de ‘Healingrooms’ in Ede. Ze maakt vaak mee dat wanneer mensen naast haar begeleiding ook daarheen gaan, inzichten en veranderingen sneller plaats vinden. Tevens begeleidt ze veel studenten van de CHE en heeft ze van daaruit contact gehad met de hogeschoolpastor om zowel kennis te maken als om te kijken wat zij voor elkaar zouden kunnen betekenen.

Godsbeelden en (on)gezonde vormen van geloven
Alle vier de therapeuten geven aan dat het Godsbeeld te maken heeft met het zelfbeeld. Wanneer iemand een beter zelfbeeld krijgt, mag God ook vaak dichter bij komen.
Zo maken de vier therapeuten een onderscheid tussen ongezonde en gezonde vormen van religie. Van Roest zegt dit als volgt: “Ongezonde vormen van religie zijn vormen die niet

geloven dat God is veranderd van de boze, oordelende God naar de God die ruimte geeft en zich heeft verzoend met de mens. Als dat laatste wel lukt, is het een gezond geloof. Ouders leven als het ware, het voorbeeld van God voor. Een slecht gehechte relatie met ouders heeft vaak ook een negatief godsbeeld tot gevolg."
Jansen geeft aan dat ze de extreem charismatische richting met z'n welvaartsevangelie ongezond vindt. Het leidt tot onverantwoordelijkheid ('God moet het allemaal doen'), hardheid ('als het slecht met je gaat, heb je te weinig geloof'), en vaak instabiele persoonlijkheden.

Wensen/behoeften
De therapeuten geven de volgende wensen/behoeften, verwachtingen van de CVPPP aan:

- praktische punten: zoals hoe om te gaan met boosheid, verdieping in hoe als christen te staan in mindfulness (Zwiep);
- het inzichtelijk maken van je geestelijke biografie met bijvoorbeeld Marja Terlouw (Zwiep);
- Van Roest heeft behoefte aan praktische punten: hoe om te gaan met pijn/kwaad/desillusie? Vooral vanuit de Bijbel/kerk antwoorden te krijgen;
- Jansen zou graag willen dat er een professioneel christelijk hulpverleningsmodel ontwikkeld wordt, waarin psychologie en pastoraat elkaars expertise benutten en versterken;
- Jansen wil daarnaast veel meer leren over de wisselwerking tussen geest, ziel en lichaam;
- Filius heeft behoefte aan een praktische invalshoek met onderwerpen als relatie en geloof, samenwerking met het pastoraat, Emotion Focussed Therapy. Geen hoogdravende thema's, maar heel praktische punten;
- Filius wil graag kennis kunnen overdragen door bijvoorbeeld een cursus op te zetten.

2.3 Conclusie

Zoals in deelvraag 1 naar voren kwam is het niet eenvoudig om kort weer te geven wat christelijke hulpverlening inhoudt, gezien de omvattendheid van het onderwerp. Ook deze vier interviews geven verschillende beelden van hoe christelijke hulpverlening er in de praktijk uit kan zien. Een eenduidige conclusie is ook in deze situatie niet te geven met betrekking tot dit veelzijdige en complexe onderwerp.
Wel willen we een poging ondernemen om een voorzichtige conclusie te trekken over wat de behoeften en wensen zijn op dit gebied die deze vier CVPPP-leden hebben aangegeven. In het volgende gedeelte zijn de belangrijkste inzichten naar aanleiding van de interviews te vinden.

Belangrijkste inzichten naar aanleiding van de interviews
De leden geven geloof op verschillende manieren weer. Wat ons voornamelijk opviel is dat Jansen als enige de interventie bidden toepast met cliënten. Bidden in de hulpverlening vinden de andere hulpverleners niet hun taak. Met het toepassen van religieuze interventies zijn de drie andere hulpverleners voorzichtig. Wel maken ze gebruik van Bijbelse principes die wetenschappelijk bewezen zijn zoals vergeving, gebruiken ze teksten uit de Bijbel/Bijbelse noties of sturen ze cliënten bijvoorbeeld door naar het pastoraat. Daarnaast laten de hulpverleners vooral door hun houding en hoe ze in de relatie tot de cliënt staan, zien dat ze christen zijn. Betrouwbaar zijn, hun werk goed doen, enzovoorts.

Geloof, wetenschap en hulpverlening hoeven niet met elkaar te botsen, aldus de hulpverleners. Geloof en wetenschap hebben de neiging om elkaar uit te sluiten of te verklaren. Dat kan niet, omdat geloof zich niet laat uitleggen door wetenschap omdat geloof niet tastbaar is. Zo lang deze twee gebieden elkaar in hun waarde laten is er niets mis mee. Daar zit echter ook een spanning. De één hecht meer waarde aan wetenschappelijke inzichten dan de ander. Vooral bij Filius en Van Roest kwam naar voren dat ze wetenschappelijk inzichten belangrijk vinden. Ze willen verantwoord hulpverlenen. Daarom vinden ze een wetenschappelijke onderlegging van hun handelen belangrijk. Zo gaf Van Roest aan geen religieuze interventies te gebruiken, mits deze wetenschappelijk bewezen worden. Dan kan hij zijn handelen ook verantwoorden. Verschillende leden gaven aan dat er behoefte is aan een christelijke visie op onderwerpen als Mindfulness. Daarin zou de CVPPP een rol kunnen spelen.

Bij de samenwerking met en doorverwijzing naar het pastoraat zien wij de spanning tussen deze twee gebieden nog een beetje terug komen. “Er moeten nuchtere mensen zitten”, aldus Van Roest. Toch kan er tegen drie uur gedegen gebedspastoraat geen psychotherapiesessie op, zo is ook zijn mening. Jansen stimuleert haar cliënten om naar bijvoorbeeld de ‘Healing Rooms’ te gaan en andere hulpverleners adviseren om naar de eigen kerkelijke gemeente te gaan voor pastoraat en geestelijke ondersteuning. Wel willen de verschillende hulpverleners graag zelf weten dat iets goed is als ze doorverwijzen. De vier hulpverleners vinden het belangrijk om *verantwoordelijk* te handelen. Als ze niet weten wat de kwaliteit is van een verwijsadres laten ze de verantwoordelijkheid expliciet bij de cliënt.

Behoeften en wensen van CVPPP-leden
Opvallend is dat de vier hulpverleners vooral behoefte hebben aan praktische punten en handvatten. De onderwerpen die worden aangegeven zijn divers. Het woord ‘praktisch’ is in alle vier de interviews naar voren gekomen toen de vraag werd gesteld over wensen/behoeften met betrekking tot de CVPPP. Deze leden hebben vooral behoefte aan praktische scholing en handvatten met betrekking tot geloof en hulpverlening. Niet de hoogdravende filosofische onderwerpen. De leden zijn erg leergierig. Maar veel van hen hebben ook te maken met een tekort aan tijd, waardoor ze niet alles kunnen doen wat ze willen doen. Tot zover onze voorzichtige conclusie en aannames naar aanleiding van de interviews.

Hoofdstuk 3: Kwantitatief onderzoek: de enquête

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de enquête die is afgenomen onder 290 CVPPP-leden. Bij de enquête zijn alleen de CVPPP-leden betrokken die werkzaam zijn in de GGZ/hulpverleningspraktijk, dus geen studenten. Dit omdat deze doelgroep relevant is voor dit onderzoek. Omdat de meeste studenten nog geen praktijkervaring hebben, zou er bij deelname van studenten een vertekend beeld kunnen ontstaan. Een aantal vragen in de enquête zijn gerelateerd aan de hulpverleningspraktijk.

Door middel van de enquête willen wij deelvraag 2 en 3 beantwoorden. Deelvraag 2 is: *Hoe geven CVPPP-leden momenteel christelijk geloof plek in hulpverlening?* Deelvraag 3 is: *Wat geven CVPPP-leden zelf aan over wat hun wensen/behoeften zijn met betrekking tot integreren van geloof in hulpverlening?*

Er is gekozen voor een online-enquête. Dit is gedaan omdat de enquête afgenomen is onder een behoorlijk aantal CVPPP-leden. Het zou erg veel tijd kosten als de respons één voor één moet worden verwerkt, wat via de post of e-mail het geval is. Tevens is een voordeel van een online-enquête dat het makkelijk grote aantallen kan verwerken. Natuurlijk brengt een online-enquête ook onzekerheden met zich mee. Zo is er de onzekerheid dat gegevens onvolledig kunnen worden ontvangen via internet. Aan de andere kant is de respons bij een enquête via de post vaak kleiner, omdat leden daar meer moeite voor moeten doen. De voor- en nadelen afwegend leek een online-enquête de beste optie.

De enquête bestaat uit 15 vragen. Dit om de kans op een zo groot mogelijke respons te verhogen. CVPPP-leden konden zo in een paar minuten tijd de enquête invullen. Daarnaast is er voor gekozen om zoveel mogelijk gesloten vragen te stellen met keuzeopties. Zo is de enquête makkelijk en snel in te vullen. Daarnaast is de respons zo makkelijker te verwerken. In de online-enquête komen slechts twee open vragen voor. Eén belangrijke open vraag over *wat wensen/behoeften zijn voor CVPPP-leden met betrekking tot integreren van geloof in hulpverlening*. Ook in het belang van het beantwoorden van deelvraag 3 was het belangrijk om deze vraag open te laten. Dit om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van de wensen/behoeften van CVPPP-leden.
Tevens is geprobeerd om bij het opstellen van de vragen een logische volgorde aan te houden. De vragen zijn onder andere onderverdeeld in thema's/groeperingen. De CVPPP-leden konden de enquête verder anoniem invullen. Als mensen weten dat de anonimiteit wordt gewaarborgd verhoogt dat vaak de respons.

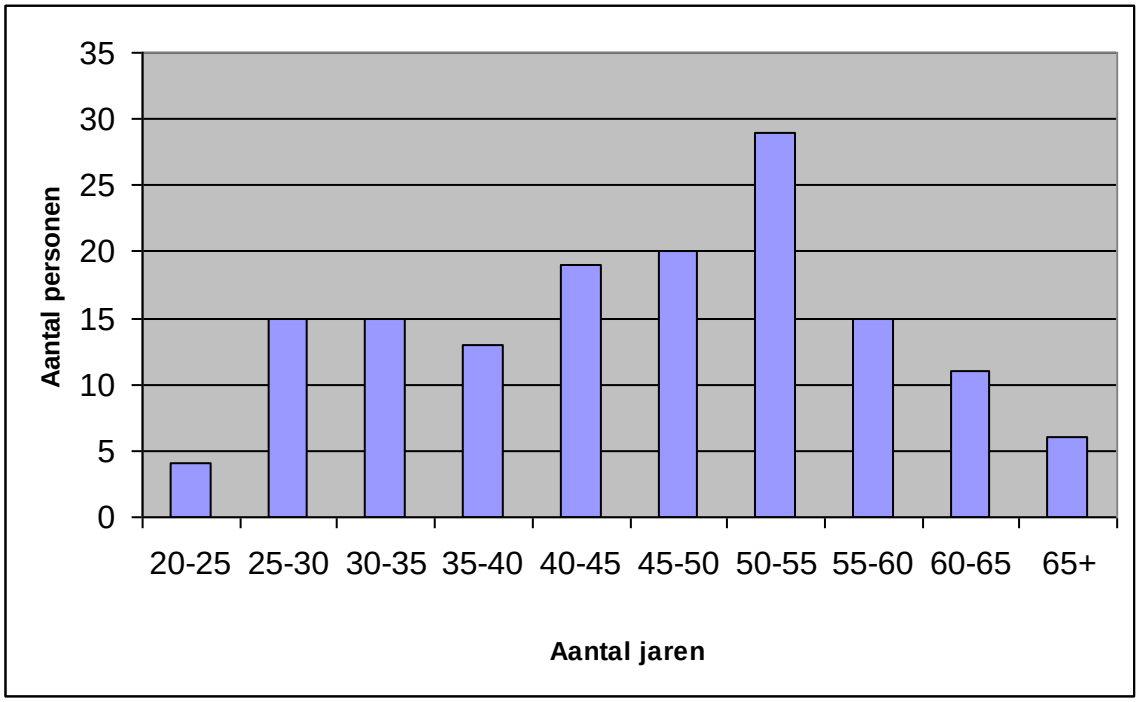
Na het afnemen van de enquête onder 290 CVPPP-leden bleek dat we een respons van 147 ingevulde enquêtes hadden ontvangen. Dit betekende dat ongeveer 50% van de aangeschreven CVPPP-leden de enquête had ingevuld. Voor een betrouwbaar/valide onderzoek is minimaal een respons van 40% vereist.

In dit hoofdstuk is allereerst een overzicht te vinden in de vorm van diagrammen en grafieken en daarbij beschreven wat de resultaten van de enquêtes zijn. De respons is verwerkt in Excel. Er is gekozen voor dit programma, omdat Excel de resultaten op een overzichtelijke en duidelijke manier verwerkt.
De twee open vragen en ook de optie 'anders' van vraag 13 is verwerkt door dit samen te vatten en enkele eruit springende opmerkingen weer te geven. De vele reacties waren veelal verschillend en persoonlijk, waardoor het niet mogelijk was om dit te verwerken in een diagram of grafiek. Daarom is er voor gekozen om het op deze manier te verwerken.
Omdat het belangrijk is om onze eigen visie/interpretatie weer te geven, hebben we dit naar aanleiding van de resultaten verwoord en vervolgens een conclusie geschreven.

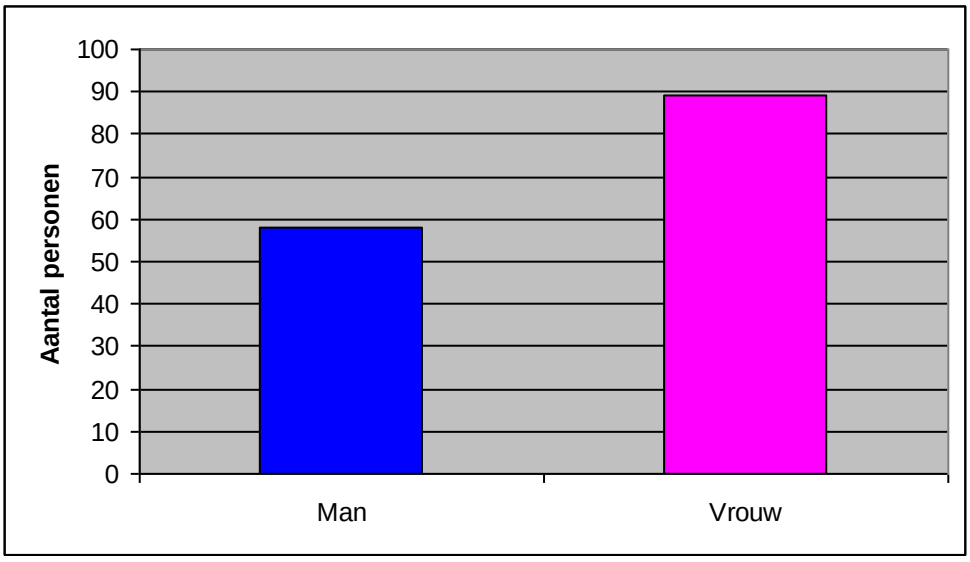
3.2 Resultaten

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt het volgende.

3.2.1 Persoonlijke gegevens

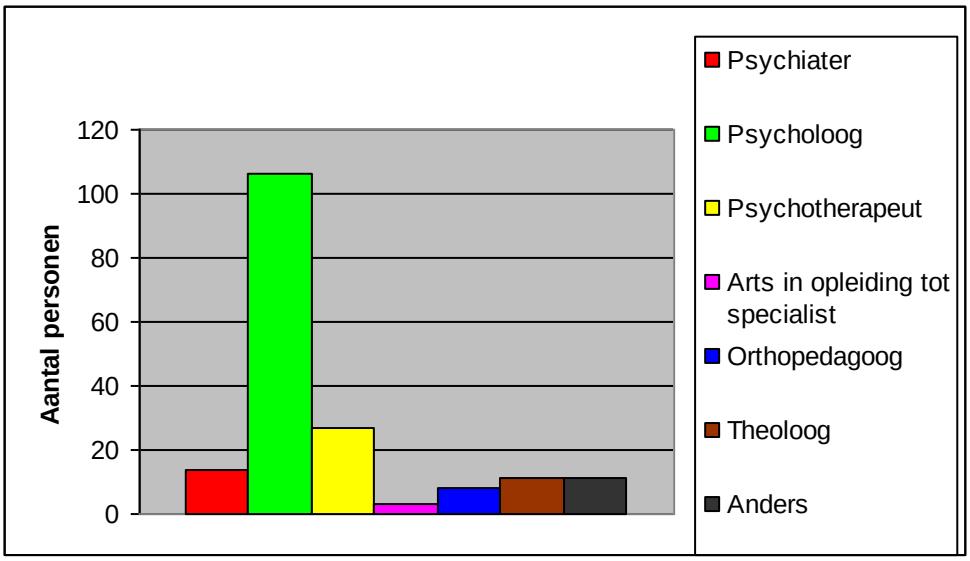


Grafiek 1: Leeftijd



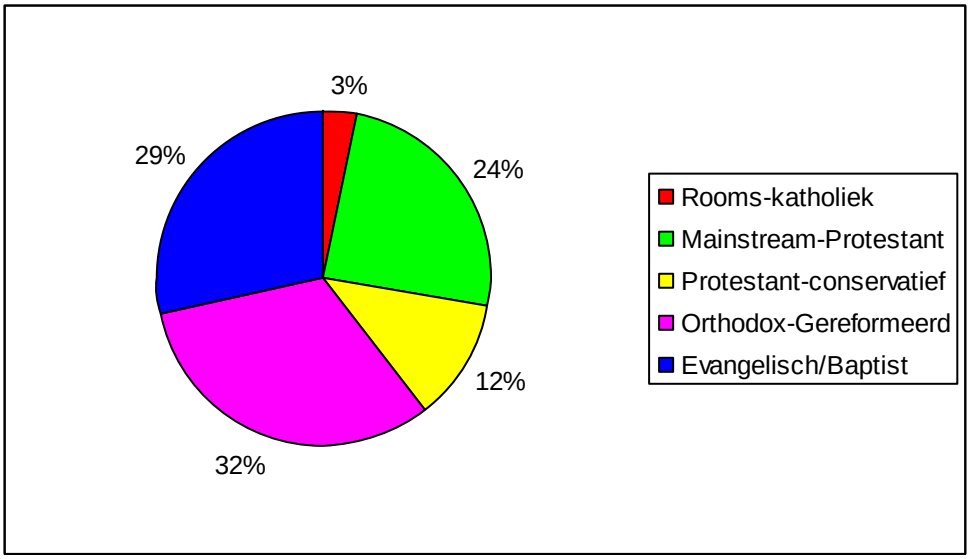
Grafiek 2: Geslacht

De enquête is ingevuld door 147 CVPPP-leden, waarvan een flinke meerderheid door vrouwen. Namelijk 89 vrouwen (ongeveer 60%) en 58 mannen (ongeveer 40%). De respondenten zijn qua leeftijd vrij gelijkmatig verdeeld over categorieën van 5 jaren, met minder respondenten onder de 25 en boven de 60 jaar. Een uitschieter naar boven is de groep die valt in de leeftijdsgroep van 50-55 jaar.



Grafiek 3: Beroepsgroep

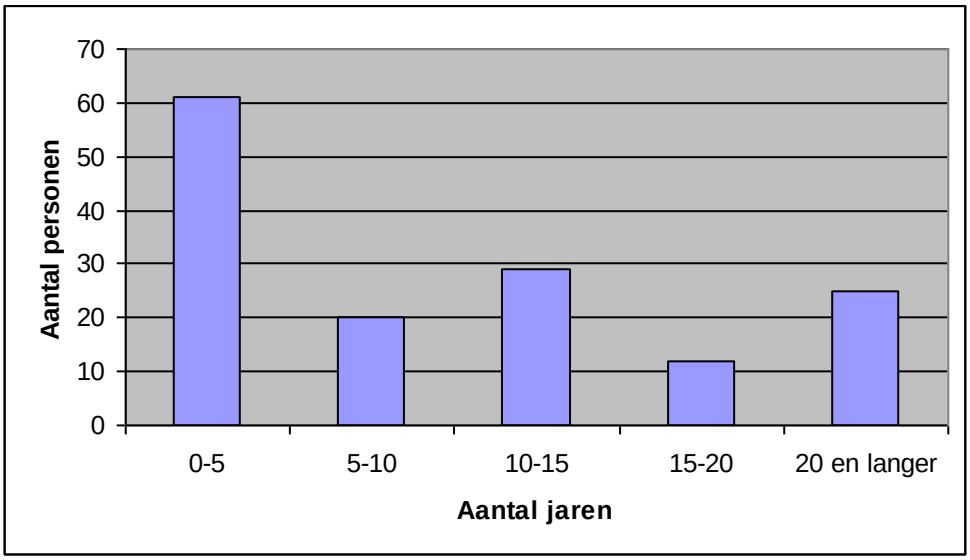
Van de CVPPP-leden[51] die de enquête hebben ingevuld, is een overgrote meerderheid psycholoog (bijna 60%).



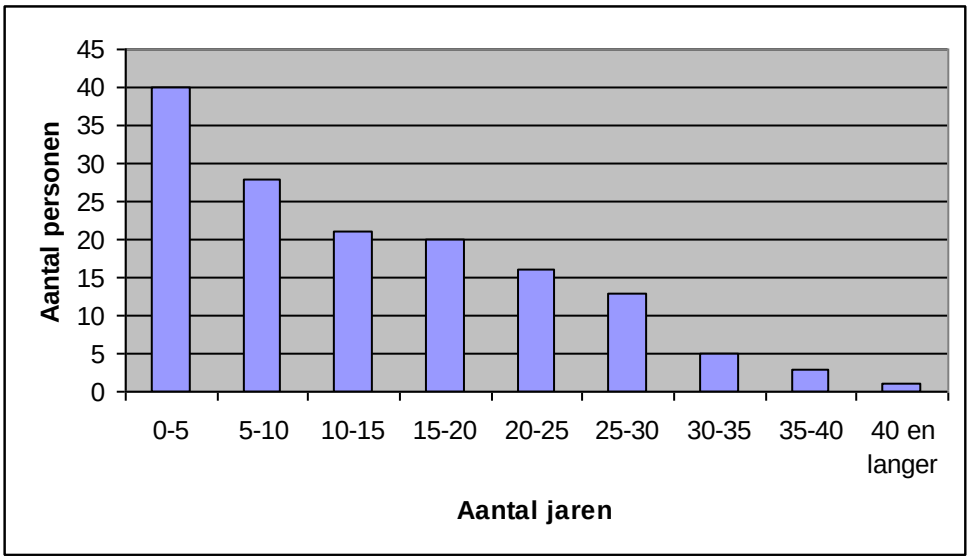
Grafiek 4: Kerkelijke achtergrond

De kerkelijke achtergrond is redelijk gelijkmatig verdeeld onder de volgende drie groepen. Zo geeft 24% aan Mainstream-Protestant te zijn, 32% Orthodox-Gereformeerd en 29% Evangelisch/Baptist. De Rooms-katholieke groep is met 3% duidelijk ondervertegenwoordigd.

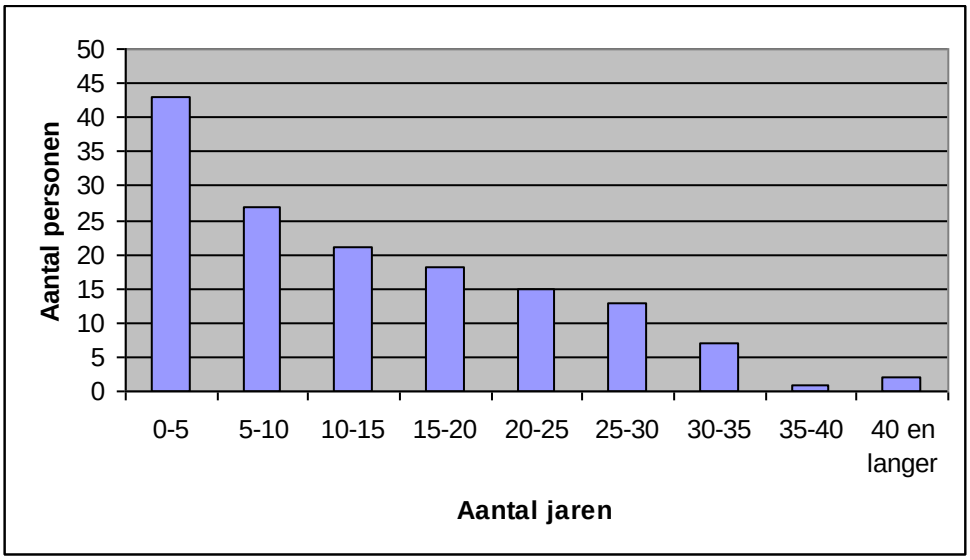
[51] Met CVPPP-leden wordt die groep bedoeld die meegedaan heeft aan dit onderzoek.



Grafiek 5: Lidmaatschap van de CVPPP



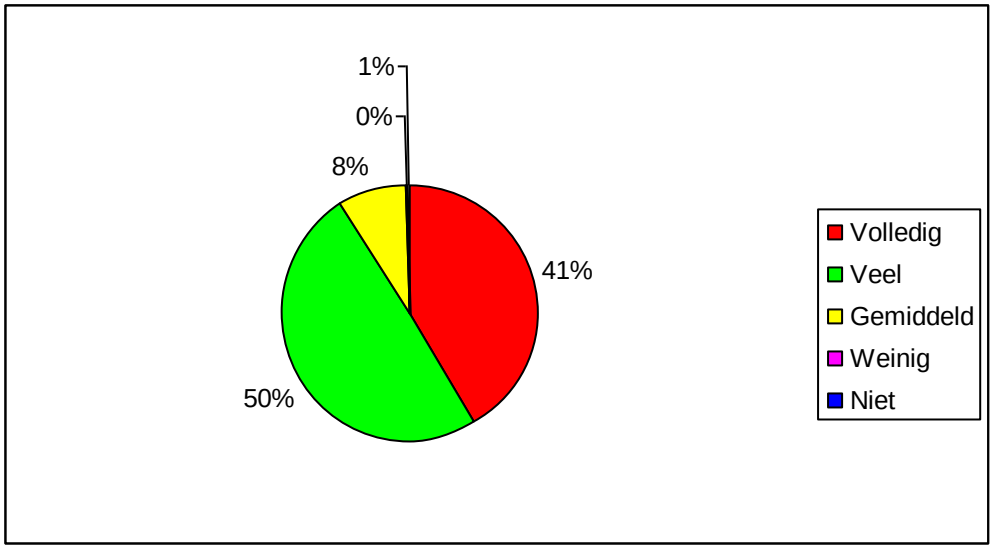
Grafiek 6: Werkzaam in de GGZ/hulpverleningspraktijk



Grafiek 7: Als christen werkzaam in de GGZ/hulpverleningspraktijk

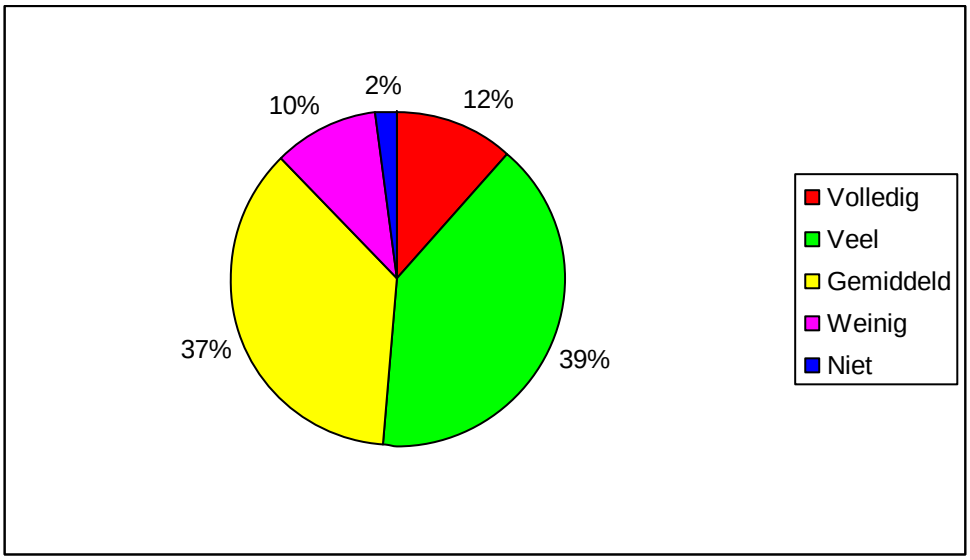
De grootste groep die de enquête heeft ingevuld, blijkt nog niet lang lid te zijn van de CVPPP. Deze groep is 0-5 jaar lid. Deze groep blijkt ook zo lang werkzaam te zijn in de praktijk en als christen.

3.2.2 Christelijk geloof en vooronderstellingen theorie/visie



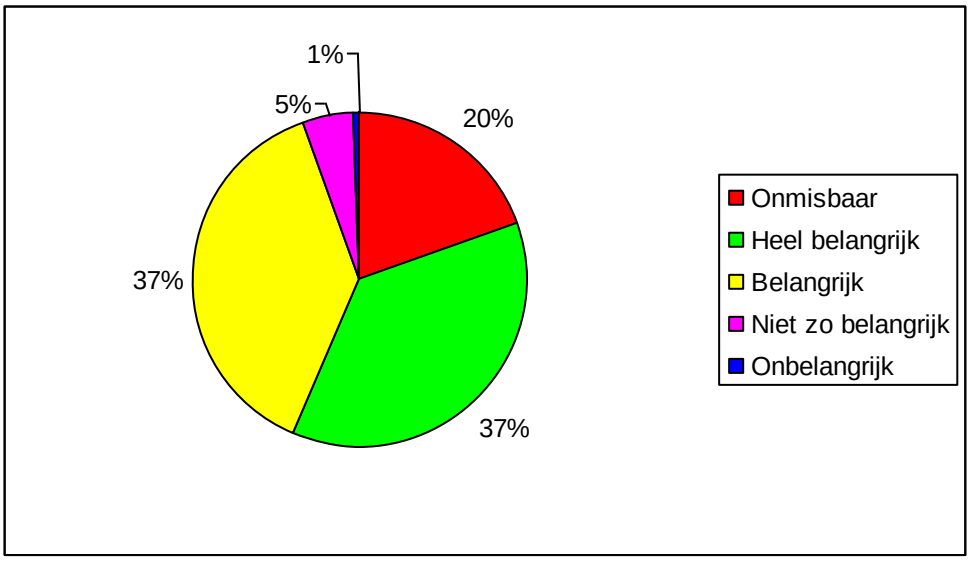
Grafiek 8: Mensbeeld bepaald door christelijke noties

50% van de CVPPP-leden geeft aan dat hun mensbeeld ‘veel’ is bepaald door christelijke noties. Gevolgd door de groep van 41% die ‘volledig’ aangeeft. 0% geeft ‘weinig’ aan.



Grafiek 9: Visie op psychopathologie en gezondheid bepaald door christelijke noties

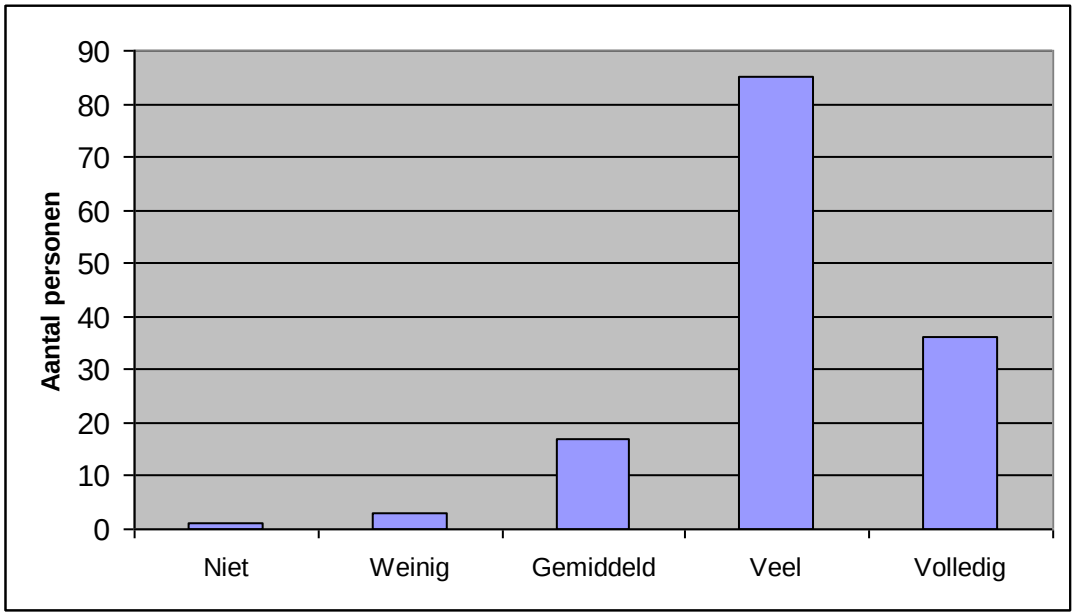
Visie op psychopathologie en gezondheid wordt vooral ‘veel’ (39%) en ‘gemiddeld’ (37%) bepaald door christelijke noties.



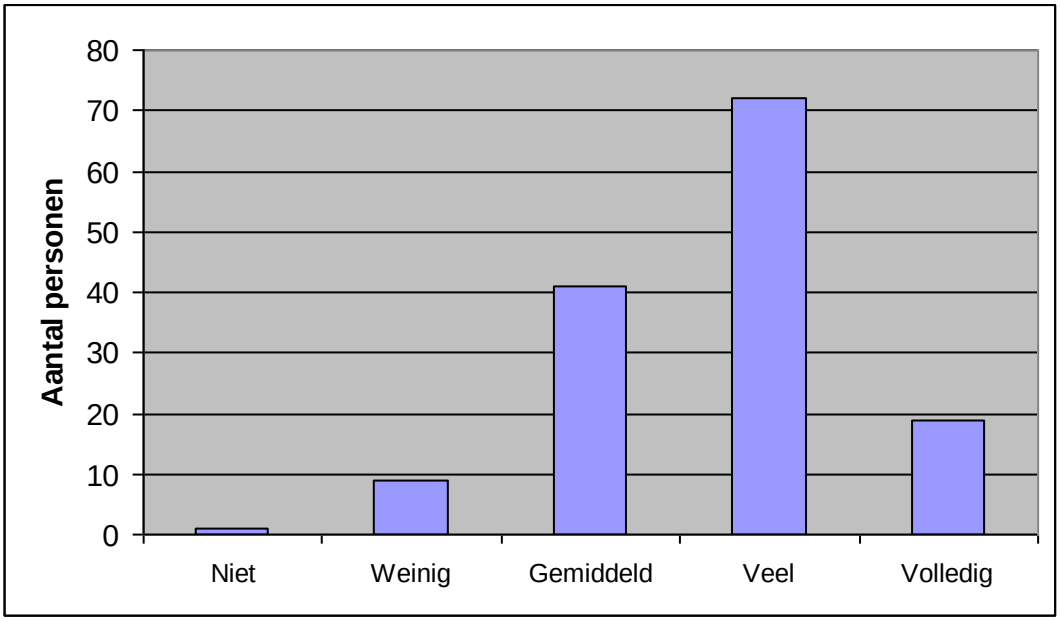
Grafiek 10: Belang van christelijke waarden in therapeutische veranderingsprocessen

Christelijke waarden worden in therapeutische veranderingsprocessen vooral als ‘belangrijk’ (37%) en ‘heel belangrijk’ (37%) gezien.

3.2.3 Praktijk

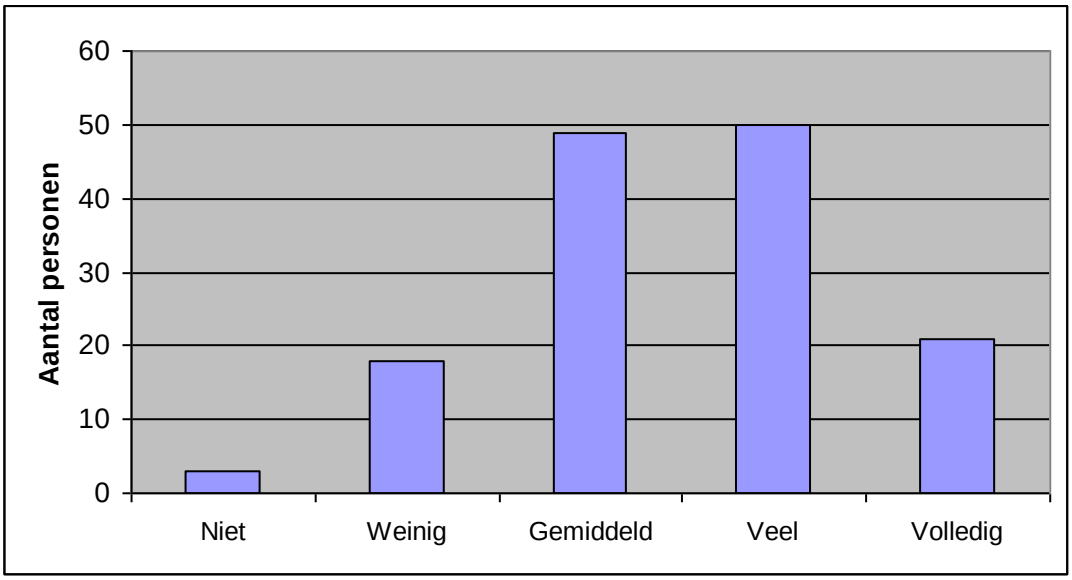


Grafiek 11a: Integratie van geloof in hulpverlening: attitude/therapeutische houding



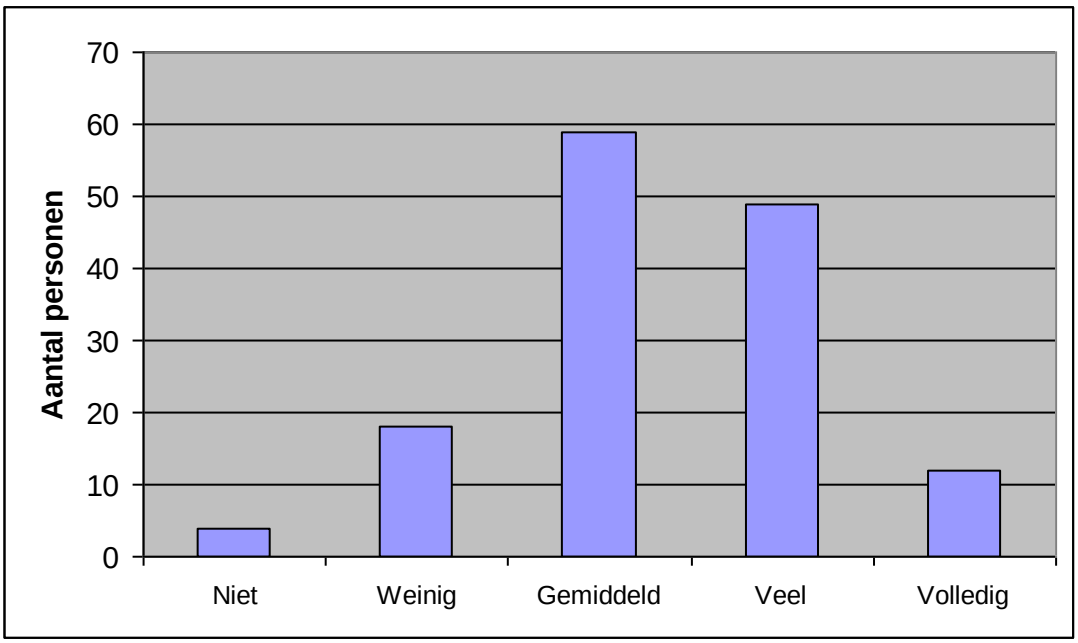
Grafiek 11b: Integratie van geloof in hulpverlening: de therapeutische relatie

Geloof in hulpverlening wordt 'veel' geïntegreerd door de therapeutische houding (85 CVPPP-leden = bijna 60%) en therapeutische relatie (72 CVPPP-leden = bijna 51%).



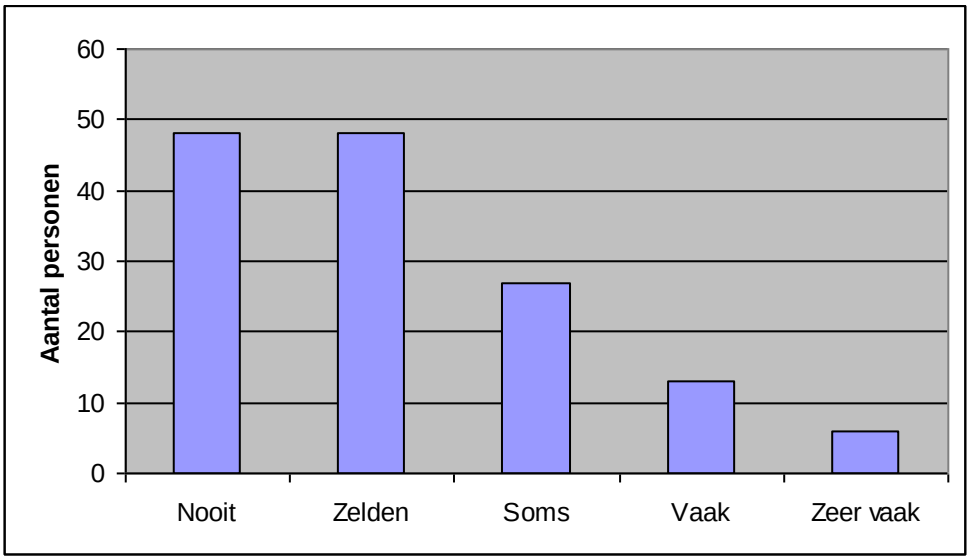
Grafiek 11c: Integratie van geloof in hulpverlening: omgang met sociale, juridische en economische condities

50 CVPPP-leden (ongeveer 35%) geven aan dat christelijk geloof in hun hulpverleningswerk 'veel' van betekenis is in hun omgang met sociale, juridische en economische condities. Dit wordt door 49 CVPPP-leden (ongeveer 35%) gevolgd met 'gemiddeld'.



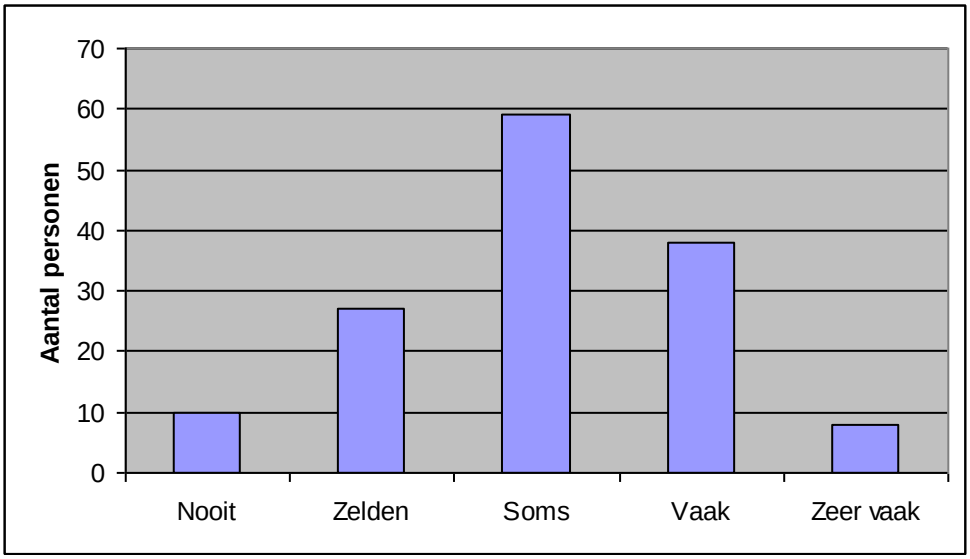
Grafiek 11d: Integratie van geloof in hulpverlening: wetenschappelijke en technische invloeden in de hulpverlening

59 CVPPP-leden (ongeveer 42%) geven aan dat christelijk geloof in hun hulpverleningswerk 'gemiddeld' van betekenis is voor hun omgang met wetenschappelijke en technische invloeden in de hulpverlening. Dit wordt door 49 CVPPP-leden (35%) gevolgd met 'veel'.



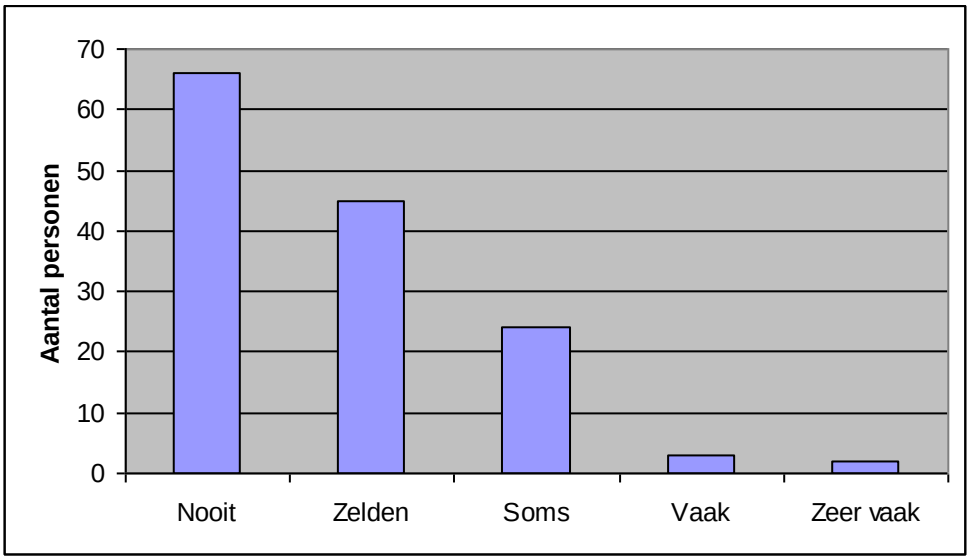
Grafiek 12a: Gebruik van religieuze interventie: gebed

Evenveel CVPPP-leden (beide 48 CVPPP-leden = bijna 34%) geven aan de religieuze interventie gebed ‘nooit’ en ‘zelden’ te gebruiken. Ruim tweederde bidt zelden tot nooit in therapie.



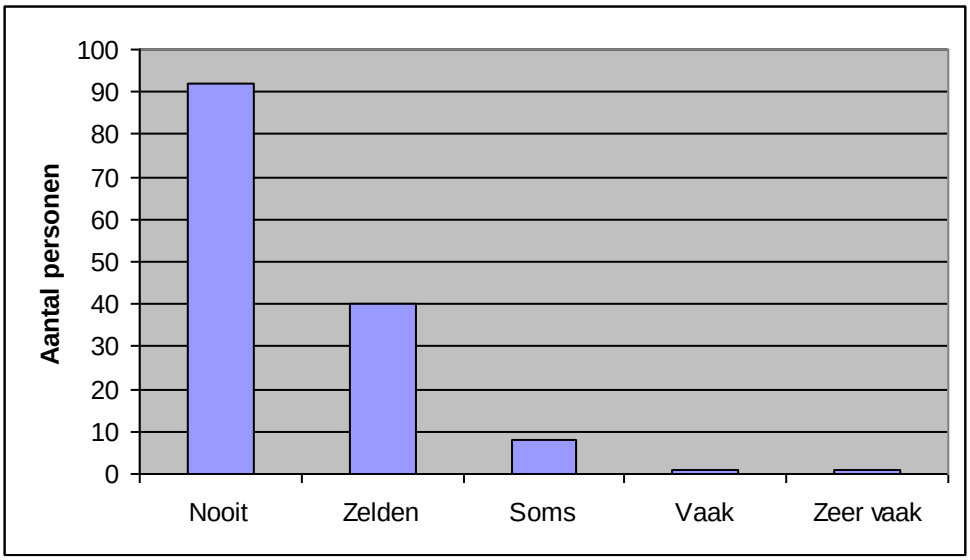
Grafiek 12b: Gebruik van religieuze interventie: Bijbel

De Bijbel daarentegen wordt vaker gebruikt dan gebed, maar de meeste CVPPP-leden geven aan deze ‘soms’ (59 CVPPP-leden = bijna 42%) te gebruiken.



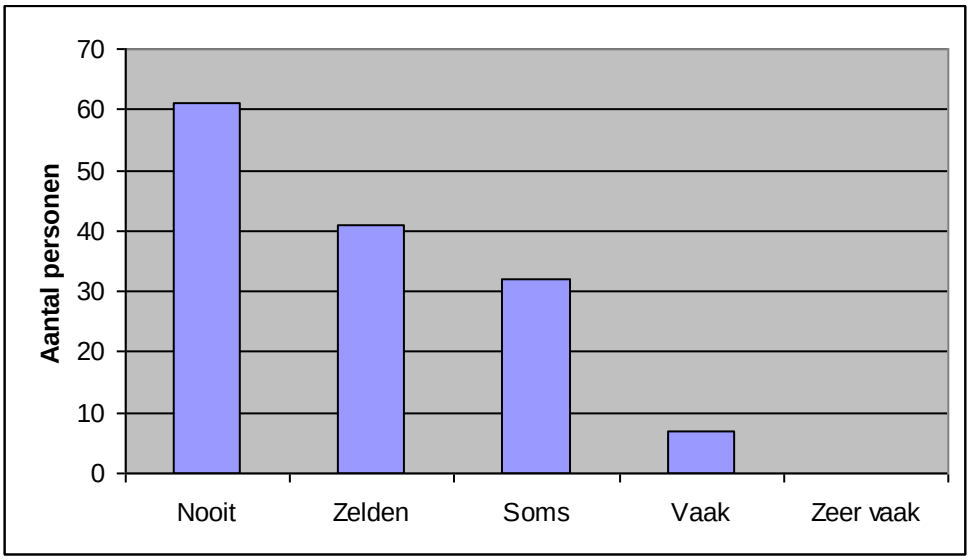
Grafiek 12c: Gebruik van religieuze interventie: meditatie

Meditatie wordt vrijwel 'nooit' gebruikt geven de meeste CVPPP-leden aan (66 CVPPP-leden = ongeveer 47%).



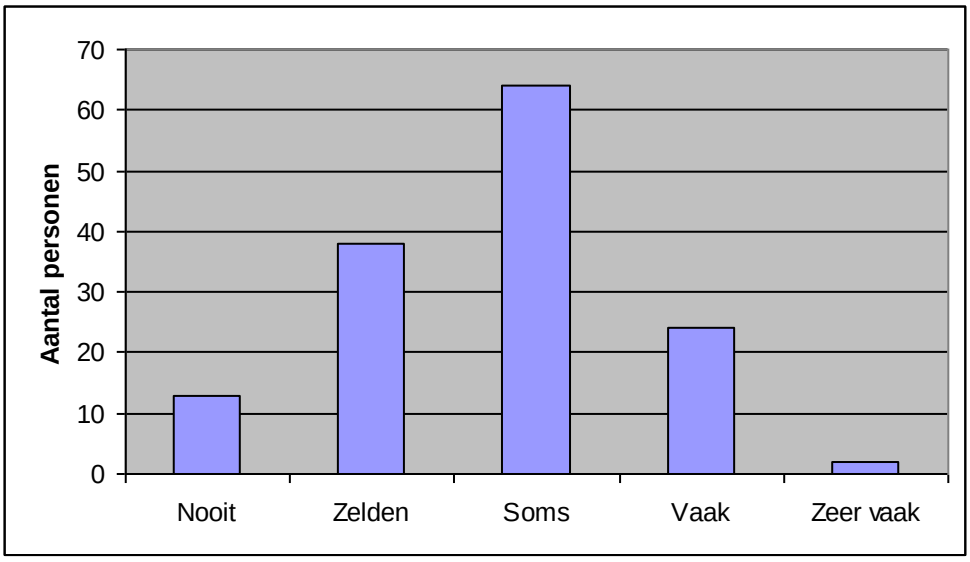
Grafiek 12d: Gebruik van religieuze interventie: muziek

Muziek scoort ook heel laag, daarvan geven 92 CVPPP-leden (bijna 65%) aan dit 'nooit' te gebruiken.



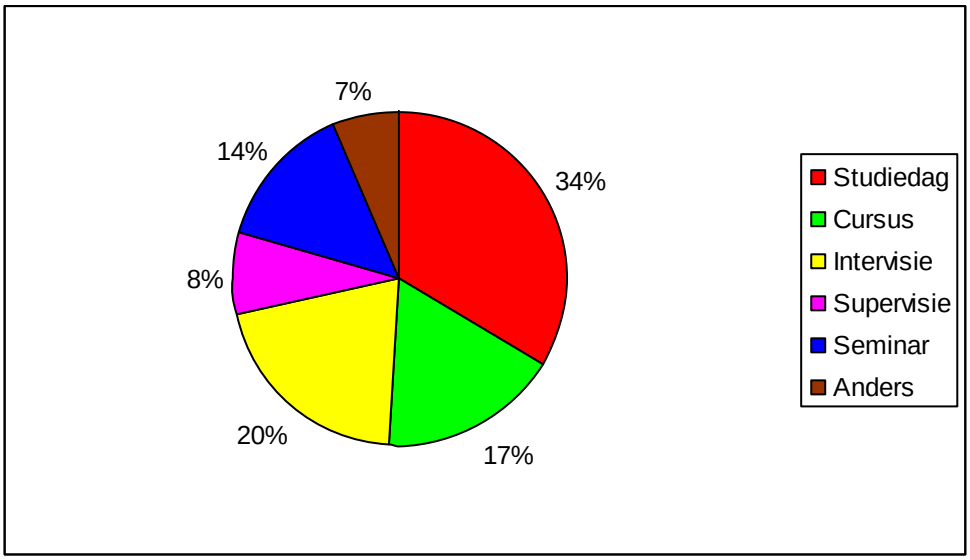
Grafiek 12e: Gebruik van religieuze interventie: rituelen

Rituelen worden ook door de grootste groep CVPPP-leden (61 CVPPP-leden = ongeveer 45%) 'nooit' gebruikt.



Grafiek 12f: Gebruik van religieuze interventie: hulp zoeken bij of verwijzen naar religieuze leiders/pastoraat

De laatste interventie, 'hulp zoeken bij of verwijzen naar religieuze leiders/pastoraat', wordt door de meeste CVPPP-leden (64 CVPPP-leden = ongeveer 45%) 'soms' gebruik van gemaakt.



Grafiek 13: Behoeften/wensen voor de persoonlijke ontwikkeling met betrekking tot het ontwikkelen van geloof in hulpverlening.

Persoonlijke ontwikkeling met betrekking tot integratie van geloof

Op de vraag *waarin leden zich zouden willen ontwikkelen op het gebied van geloof en integratie* staat het volgen van een 'studiedag' op de eerste plaats. 34% heeft aangegeven hier behoefte aan te hebben. Vervolgens geeft 20% aan behoefte te hebben aan 'intervisie', 17% aan een 'cursus' en daaropvolgend 14% aan een 'seminar'. Een minderheid van 8% geeft behoefte te hebben aan 'supervisie'.

7% van de leden heeft 'anders' ingevuld. Ongeveer de helft van deze leden geeft aan geen verdere behoeften te hebben of tevreden te zijn. De andere helft geeft aan dat ze (nieuwe dingen) willen (blijven) leren via schriftelijke cursussen, zelfstudie, blijven lezen van literatuur en via het vakblad Psyche en Geloof. Daarnaast gaf een klein deel aan onderling contact belangrijk te vinden. Bijvoorbeeld via intervisie, het uitwisselen van casuïstiek en mailcontacten. Bij de optie 'anders' geven leden aan behoefte te hebben ontwikkelingen die in de hulpverlening plaatsvinden te volgen en daarop een (christelijke) visie te ontwikkelen.

Wensen/behoeften

De wensen/behoeften van CVPPP-leden zijn afgeleid uit de open vraag (14): *Wat zijn wensen/behoeften voor u met betrekking tot integreren van geloof in hulpverlening?* Wij hebben de wensen/behoeften ingedeeld naar thema's die naar voren komen uit de antwoorden van de enquête. De behoeften/wensen worden aangegeven, beginnend in de volgorde die het meeste naar voren kwamen tot de behoeften/wensen die minder naar voren kwamen:

- 30% van de CVPPP-leden geeft aan meer te willen leren. Opmerkingen die gemaakt zijn met betrekking tot dit onderwerp zijn: handvatten/een methode voor religieuze interventies (door)ontwikkelen, goed onderbouwde christelijke hulpverleningsmodellen voorgeschoteld krijgen en interventies aangereikt krijgen. Er is behoefte aan lezingen of toelichtingen op literatuur die mensen geschreven hebben over (christelijk) geloof en hulpverlening. Namen als Glas, Verhagen, Schreurs en Van Uden worden genoemd als wens die te horen spreken op bijvoorbeeld studiedagen of reflecties van hen te lezen over bepaalde onderwerpen/onderzoeken. Onderwerpen die specifiek genoemd worden door leden zijn: christelijke visie op mindfulness, pastoraat en geloof, hoe samen te werken met pastoraat, hoe verwerk ik christelijke elementen in relatietherapie, meer begrip voor hulpverleners in een niet christelijke setting en hoe hier mee om te gaan. Er is behoefte aan praktische kennis;

- bijna 22% geeft aan geen behoeften/wensen te hebben. Zo wordt gezegd *voldoende handvatten aangereikt te krijgen.* Maar ook: *Wat ik wil is niet voor handen*. Een enkeling voelt wel een behoefte, maar kan die niet onder woorden brengen;
- ruim 10% van de leden heeft behoefte aan uitwisseling van ervaringen met elkaar. Zo geeft iemand aan *de studiekring te willen voortzetten met onder andere intervisie zoals we die nu hebben!* Meerdere keren wordt aangegeven praktijkervaringen van anderen te willen horen en eigen praktijkervaringen uit te wisselen. Een deel geeft aan behoefte te hebben aan intervisie (in kleine groepen);
- bijna 5% van de leden geeft aan behoefte te hebben aan aandacht voor het feit dat ze bij een reguliere organisatie werken. Hoe geloof in de hulpverlening aan niet-christelijke cliënten te integreren, is de terugkerende vraag. Ze wensen hier meer aandacht voor vanuit de CVPPP;
- ruim 3% van de leden geeft aan dat het belangrijk is om de relatie met Jezus/God bloeiend te houden. Zo zegt iemand het volgende: *Ik geloof dat het besef dat het fundament Christus is en realiseren dat je van daaruit handelt en voortbeweegt een principe is waarmee we invloed kunnen hebben op iemands leven. Het is van belang om collega's hierop attent te maken en hoe dit te realiseren is binnen de hulpverlening.* Daarnaast was er een reactie op gebed als interventie: *Dat gebed niet als religieuze (of therapeutische) interventie gezien wordt. De relatie met God - die in het gebed vorm krijgt - is niet een 'middel' (of instrument / werktuig) in de handen van mensen onderling;*
- ruim 2% geeft aan behoefte te hebben aan een mentor of een leertherapeut vanuit de vereniging;
- 2% van de leden is ook bereid om een bijdrage te leveren. Zo wenst iemand *een master te willen volgen/ontwikkelen met betrekking tot geloof en hulpverlening.* Ook geeft iemand aan *graag met collega's een cursus te ontwikkelen voor jongere collega's;*
- ook geeft 2% aan dat het wenselijk is om meer aandacht te hebben voor de betaalbaarheid/financiering. Zo zegt iemand: *Geloof in hulpverlening moet meer volwassen worden. Dat wil zeggen: ook zorgen voor goede vergoeding via zorgverzekering en dergelijke.*

De overige leden geven behoeften/wensen aan die niet aangegeven worden door andere leden. Zo geeft iemand aan dat hij wenst dat er *meer steun en belangstelling van de CVPPP is voor het feit dat ik Rooms-katholiek ben.*
Verder zijn er ook heel korte opmerkingen als: o*nderzoek.* Waarschijnlijk wenst iemand meer onderzoek van de CVPPP, maar waarnaar is verder niet af te leiden uit deze korte opmerking.
Zo is er een ook een klein deel die deze laatste vragen niet heeft ingevuld. Andere opmerkingen zijn meer emotioneel geladen. Zoals: *Ruimte krijgen vanuit de organisatie is een belangrijke pre.* Ook: *Minder benauwenis rond het onderwerp integratie van geloof en hulpverlening binnen onze beroepsgroep. Minder argumenten als onwetenschappelijk, etcetera.*

Overige opmerkingen
De laatste vraag van de enquête bestond uit: ‘overige opmerkingen’. Enkele feiten op een rij:
- 56% van de leden geeft aan ‘geen’ opmerkingen meer te hebben of gaf ‘n.v.t.’ aan;
- 3% van de leden geeft aan behoefte te hebben dat de CVPPP gaat zorgen voor betere vergoeding bij zorgverzekeraars. *Jullie moeten aandacht besteden aan het feit dat verzekeraars alleen contracten aangaan met hulpverleners die BIG-geregistreerd zijn. Dit heeft grote consequenties voor de aard van je praktijkvoering. Waarom hebben jullie geen vragen in de enquête gesteld over de financiering van de hulpverleningsgesprekken?* En ook: *Graag zou ik zien dat lidmaatschap van de CVPPP ook betekent dat de gesprekken door meer verzekeraars vergoed zouden*

worden. Het NVPA lukt dit bijvoorbeeld wel. Het zou fijn zijn wanneer de CVPPP dit ook voor elkaar zou krijgen.

Leden die nog verdere opmerkingen hebben, geven bijvoorbeeld aan dat ze het onderwerp integratie van geloof in hulpverlening wel of niet vinden aanspreken. Hier en daar volgt wat feedback op de enquête. Er werd bijvoorbeeld feedback gegeven op het soort onderzoek: *een kwantitatief onderzoek als dit lijkt me minder goed aan te sluiten op de vraagstelling/thematiek van het onderzoek.* Om een idee te geven over wat voor opmerkingen hier stonden, wordt hieronder een opsomming gegeven van de meest in het oog springende opmerkingen:

- *Ik vind het tijdschrift van de CVPPP niet erg prettig; te lange artikelen, te veel gericht op godsdienstpsychologie in plaats van de klinische praktijk;*
- *Komt er een beknopt verslag van dit onderzoekje in P&G? Met wellicht een reflectie daarop door een specialist (Gerrit Glas, Piet Verhagen, Agneta Schreurs, Rien v Uden)?*
- *Deze vragenlijst is wel te herleiden tot personen, hoeveel vrouwelijke psychiaters staan er op de lijst? Nou ja, doe je voordeel met de enquête;*
- *Het lijkt me belangrijk eigen religieuze opvatting niet te veel op te dringen aan de cliënt omdat de cliënt zich onvrij kan gaan voelen in het uiten van zijn/haar gevoelens onzekerheden (onder andere met betrekking tot het geloof);*
- *Lidmaatschap CVPPP houdt voor mij weinig in, ik heb mijn visie wel gevormd.*

3.3 Interpretatie

3.3.1 Persoonlijke gegevens

Uit grafiek 1 blijkt de grootste leeftijdsgroep van CVPPP-leden te bestaan uit 50-55 jaar. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze CVPPP-leden eerst een ander beroep hebben uitgeoefend voordat ze werkzaam werden in de GGZ/hulpverleningspraktijk. Het kan ook zo zijn dat ze al lang lid zijn van de CVPPP[52].
De kleinste leeftijdsgroep is de leeftijdsgroep van 20-25 jaar. Een verklaring hiervoor is dat de meesten in deze leeftijdscategorie nog student zijn (en die deden niet mee aan het onderzoek), en slechts enkelen al psycholoog. Gezien de opleidingsduur is het, als men op z'n vroegst met 18 jaar begint te studeren, zelfs onmogelijk om vóór de leeftijd van 25 jaar psychiater of psychotherapeut te zijn.

De enquête is veelal ingevuld door vrouwen (grafiek 2). Dit komt doordat binnen de CVPPP relatief veel vrouwen lid zijn (zie grafiek 2). Daarnaast zijn relatief veel leden psycholoog, zoals weerspiegeld wordt in grafiek 3.

Uit grafiek 4 blijkt de kerkelijke achtergrond 'Rooms-katholiek' sterk ondervertegenwoordigd te zijn met slechts 3 procent. Een mogelijke verklaring hiervoor is, dat er weinig Rooms-katholieke hulpverleners in Nederland zijn. Een andere mogelijke verklaring is dat de Rooms-katholieke hulpverleners geen aansluiting vinden bij de CVPPP of dat ze al lid zijn van een andere vereniging zoals de KSGV.

Uit de grafieken 5, 6 en 7 blijkt dat de grootste groep CVPPP-leden aangeeft 0-5 jaar lid te zijn. Daarnaast blijken deze leden ook 0-5 jaar werkzaam te zijn in de GGZ/hulpverleningspraktijk en ook 0-5 jaar werkzaam als christen.
Een mogelijke verklaring hiervoor is dat toen CVPPP-leden begonnen met werken in de GGZ/hulpverleningspraktijk als christen. De leden zich tegelijkertijd hebben aangemeld als lid van de CVPPP.

3.3.2 Christelijk geloof en vooronderstellingen theorie/visie

99% van de CVPPP-leden geeft aan dat hun mensbeeld wordt beïnvloed door christelijke noties (grafiek 8). Bijna alle CVPPP-leden verlenen hulp vanuit een mensbeeld dat gekleurd is door hun christelijke noties (zoals waarden, normen en overtuigingen). 41% geeft zelfs aan dat christelijke noties 'volledig' hun mensbeeld bepalen. Van 'neutrale' hulpverlening is dus geen sprake. Een mogelijke verklaring hiervoor is te vinden in de literatuur. Hier komt naar voren dat een hulpverlener altijd zijn of haar normen en waarden meeneemt, die worden ontleend uit zijn of haar religieuze traditie van kerk of voorgeslacht - maar óók uit de bredere cultuur, opleiding, beroepsethiek, werkplek en meer. Christelijke hulpverleners nemen christelijke waarden en normen mee in het contact met hun cliënten. Dit blijkt ook uit de vraag *in hoeverre christelijke waarden belangrijk zijn in therapeutische veranderingsprocessen voor CVPPP-leden.* De meeste CVPPP-leden geven aan dit als 'heel belangrijk' of 'belangrijk' wordt ervaren in het verlenen van hulp aan cliënten (grafiek 10).

In vergelijking met de vraag over het mensbeeld wordt de visie op psychopathologie en gezondheid minder bepaald door christelijke noties dan de visie op de mens (mensbeeld). Het overgrote deel van de CVPPP-leden geeft aan dat hun visie op psychopathologie en gezondheid 'veel' of 'gemiddeld' door christelijke noties wordt bepaald (grafiek 9). Het mensbeeld wordt waarschijnlijk meer door christelijke noties bepaald bij CVPPP-leden, omdat dat meer door Bijbelse waarden bepaald is dan de visie op psychopathologie en gezondheid. In de wetenschap is psychopathologie en gezondheid onderzocht. Hierdoor is psychopathologie en gezondheid meer bepaald door wetenschappelijke invloeden. Dat kan de reden zijn voor het verschil tussen deze twee uitslagen. Een andere mogelijke verklaring

[52] De CVPPP is 16 maart 1990 opgericht. Er zijn leden lid vanaf de oprichting van de CVPPP.

hiervoor is dat het mensbeeld een vager concept is en eerder gekleurd wordt door christelijke vooronderstellingen dan de visie op psychopathologie en gezondheid. Aan de visie op psychopathologie en gezondheid wordt ook in wetenschappelijke opleidingen explicieter aandacht gegeven dan mensbeeldconcepten. Een derde mogelijke verklaring is dat psychopathologie een onderwerp is dat door de wetenschap verklaard is. Hierdoor gaan CVPPP-leden bij psychopathologie (al dan niet bewust) meer van de wetenschap uit dan dat men denkt aan verklaringen vanuit het christelijke geloof. In hoeverre wordt er bijvoorbeeld een overlap gezien tussen psychopathologie en het christelijke begrip/thema 'zonde'? Uit deze gegevens zouden we kunnen opmaken dat dit onderwerp minder vanuit christelijk perspectief is doordacht door leden.

3.3.3 Praktijk

Attitude/therapeutische houding en de therapeutische relatie
Uit de praktijk blijkt dat veel CVPPP-leden hun christen-zijn voornamelijk tot uiting brengen in hun therapeutische houding en contact/relatie met cliënten (grafiek 11a en 11b). Een mogelijke verklaring hiervoor wordt ondersteund door de literatuur. Hier wordt beschreven dat de levensbeschouwing en het daaruit voortvloeiende mensbeeld, de basis is voor de hulpverlener en de kern van waaruit hij/zij hulp verleent. Het mensbeeld is dus bepalend voor de manier waarop een hulpverlener hulp verleent. In de manier van hulpverlenen is de attitude belangrijk. Tevens is de invulling van de therapeutische relatie een uiting van hoe de hulpverlener de cliënt ziet.
Ook uit de interviews met de vier CVPPP-leden is dit naar voren gekomen. Filius gaf aan dat hij de cliënt ruimte wil geven en niet evangeliserend bezig wil zijn in hulpverlening. Bij niet-christenen laat hij zijn christen-zijn bijvoorbeeld duidelijk zien door zijn houding, door kwaliteit te leveren en zorgvuldig zijn werk te doen.

Omgang wetenschappelijke en technische invloeden in de hulpverlening
Bij de vraag in hoeverre christelijk geloof in hulpverleningswerk van betekenis is voor wetenschappelijke en technische invloeden, geeft de grootste groep CVPPP-leden 'gemiddeld' aan (grafiek 11d). Uit de interviews met de vier CVPPP-leden is af te leiden dat voor de meeste van hen christelijk geloof en wetenschap prima naast elkaar kunnen bestaan. Dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn waarom de grootste groep CVPPP-leden 'gemiddeld' aangeeft. Zo geeft Zwiep aan dat wetenschap en geloof twee verschillende gebieden zijn, die beiden waardevol kunnen zijn. Ook Van Roest geeft aan dat het één de ander niet hoeft uit te sluiten. Filius geeft aan dat het conflict niet zo groot is in de hulpverlening. Dit omdat in de praktijk in de toepassing van de wetenschap zaken meestal niet zo op de spits worden gedreven.

Gebruik religieuze interventies
Uit de resultaten van de enquêtes blijkt dat in de hulpverlening het meeste gebruik wordt gemaakt van de religieuze interventie 'gebruik van de Bijbel' (grafiek 12b). Dit gevolgd door 'hulp zoeken of verwijzen naar religieuze leiders/pastoraat' (grafiek 12f).
Naar aanleiding van deze enquête en de interviews lijkt het er op dat leden voorzichtig zijn in het gebruik van religieuze interventies. Zo gaven drie van de vier CVPPP-leden tijdens het interview aan dat ze het niet hun taak vinden om te bidden met cliënten. Dit omdat de verhoudingen te ongelijk zijn of dat ze bang zijn verkeerde woorden te gebruiken of voor mogelijke religieuze manipulatie. Dit is een eerste mogelijke verklaring waarom er het meeste gebruik wordt gemaakt van de religieuze interventie 'gebruik van de Bijbel', gevolgd door 'hulp zoeken of verwijzen naar religieuze leiders/pastoraat'. We vinden dit enigszins opmerkelijk, want als leden bijvoorbeeld bang zijn voor manipulatie via de religieuze interventie 'gebed', waarom is er dan geen angst voor manipulatie via het 'gebruik van de Bijbel'?
Het 'gebruik van de Bijbel' of 'het uitleggen van Bijbelse noties' komt vaker voor en gebruikten de vier CVPPP-leden allemaal gaven ze aan tijdens het interview. Een verklaring

die zij gaven was om op deze wijze ook goed te kunnen aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt. Een andere mogelijke verklaring is dat het 'gebruik van de Bijbel' makkelijker en veiliger is dan bijvoorbeeld de religieuze interventie 'gebed'. Bidden kan ook als een interventie worden gezien die niet passend is in de hulpverlening. Therapie is namelijk praten. Bidden is anders dan praten. Onder het bidden wordt bijvoorbeeld de cliënt niet aangekeken. Dat kan ingewikkeld zijn, waardoor leden van deze interventie af zien. Cliënten kunnen echter even goed behoefte hebben aan gebed als aan het gebruik van de Bijbel. Wij vragen ons af hoe er dan met de behoefte gebed wordt om gegaan in de hulpverleningspraktijk?
Het gebruik van de Bijbel kan wel door praten. Misschien is dat de reden dat het gebruik van de Bijbel veel meer wordt toegepast door CVPPP-leden.

Uit de interviews en deze enquête denken wij af te kunnen leiden dat CVPPP-leden er meer voor kiezen om hun christen-zijn te verweven/tot uiting te brengen in bijvoorbeeld hun houding. Waarschijnlijk is er voor de meeste CVPPP-leden een zekere scheiding tussen het gebruik van religieuze interventies en de therapeutische hulpverlening. Dit is ook een mogelijke verklaring. Zo denken wij dat CVPPP-leden cliënten in situaties, die te maken hebben met het christelijke geloof, zoals wanneer het geloofsleven problematisch is of afzonderlijke aandacht vergt, veelal doorverwijzen naar religieuze leiders/het pastoraat. Dit omdat deze interventie ook een hoger percentage heeft in de grafiek. Ook uit de interviews met de vier CVPPP-leden blijkt dat ze cliënten soms doorsturen naar het pastoraat of andere instanties zoals de 'Healing Rooms' en 'Living Waters'. Ook uit de literatuur blijkt dat christelijk geloof een belangrijke rol kan spelen in hulpverlening. Wel wordt er onderscheid gemaakt door aan te geven dat christelijke hulpverlening en het pastoraat twee verschillende disciplines zijn, waarbij samenwerking in de praktijk goed mogelijk is. Christelijke hulpverlening staat ten dienste van het herstelproces van de cliënt. Bij pastoraat staat geloof in alles centraal. Daarnaast wordt de therapeutische werkrelatie in christelijke hulpverlening in het algemeen als eerste en belangrijkste voorwaarde gezien om hulp te verlenen.

De meeste CVPPP-leden gebruiken andere religieuze interventies, zoals 'meditatie', 'muziek' en 'rituelen', nooit (grafiek 12c, 12d en 12e). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat CVPPP-leden zich ongemakkelijk en onwennig voelen bij het gebruik van deze religieuze interventies. Zo kan het ook zijn dat CVPPP-leden in hun opleiding(en) niet geschoold zijn in het toepassen van deze interventies, waardoor ze misschien niet weten hoe deze in te zetten. Ook hier geldt wat in verband met gebed al genoemd is, dat deze interventies minder verbaal zijn en daardoor wellicht als minder passend worden ervaren bij gesprekstherapie.

Ontwikkelen op het gebied van integratie van geloof in hulpverlening
Uit de antwoorden op de vraag waarin leden zich verder zouden willen ontwikkelen met betrekking tot geloof in hulpverlening, blijkt dat de grootste groep (34%) behoefte heeft aan een studiedag (grafiek 13). Wij denken dat dit grote percentage toe te schrijven is aan het feit dat CVPPP-leden weten hoe een studiedag door de CVPPP wordt ingevuld. Dit is een bekend aanbod voor hen. Toch lijken leden ook wel voor iets nieuws te willen gaan. Dit kan een verklaring zijn voor het feit dat 17% van de leden aangeeft behoefte te hebben aan een cursus.
Op de vraag waarin leden zich verder zouden willen ontwikkelen met betrekking tot geloof in hulpverlening, valt het ons op dat bij de optie 'anders' leden (7%) van het onderlinge contact van elkaar willen leren. Een mogelijke verklaring is dat de CVPPP niet voldoet aan de verwachtingen die leden hebben of aan de behoefte van onderling contact.

Wensen/behoeften
Bij de vraag over behoeften en wensen valt het ons op dat leden leergierig zijn. Zo geeft 30% van de leden aan te willen leren en vooral behoefte te hebben aan het aangereikt krijgen van praktische handvatten. Uit deze wens/behoefte van leden leiden wij af dat leden allereerst een christelijke visie op thema's met betrekking tot de hulpverlening willen. De missie van de

CVPPP sluit aan bij deze wens van de leden, maar laat blijkbaar in de praktijk te wensen over. Kennelijk wordt dit nog niet optimaal gedaan, omdat het grootste percentage van de leden aangeeft dit als wens/behoefte te hebben. Wij vragen ons bij deze behoefte af waarom de grootste behoefte 'kennis' is? Is dit fundamenteel om hulp te kunnen verlenen? Of spelen hier andere motieven een rol? Denken hulpverleners door middel van kennis grond onder de voeten te hebben om hulp te kunnen verlenen? Kennis als houvast dus?

De groep met wensen/behoeften die nu ter sprake komt, vonden wij op zijn minst opmerkelijk. De één na grootste groep (22%) geeft aan 'geen' behoeften/wensen te hebben. Het kan zo zijn dat de enquête op zijn eind liep en leden geen tijd of zin meer hadden om deze vraag nog in te vullen. We kwamen uiteenlopende opmerkingen tegen als: a*an mijn wensen wordt al voldaan, het is genoeg.* En ook: *Ik heb op dit moment geen wensen op dit gebied.* Een verklaring voor deze reactie kan tijdgebrek zijn. Als we kijken naar de behoeften/wensen die leden inbrengen zien we dat deze behoeften/wensen tijd kosten zoals bij het uitwisselen van literatuur en contact door middel van intervisie. Tijdgebrek kan een reden zijn dat leden invullen 'geen' behoeften/wensen te hebben. Een andere mogelijke verklaring is dat een deel van de leden kennelijk tevreden is over wat de CVPPP biedt. Aan de andere kant kwamen wij opmerkingen tegen als: w*at ik wil is niet voorhanden.* Zo zitten er waarschijnlijk verschillende redenen achter de opmerkingen 'geen wensen' of 'behoeften meer te hebben'. Aan de hand van pittige reacties bij de vraag 'overige opmerkingen' kunnen wij ons niet voorstellen dat zoveel leden niets meer te wensen hebben. Het plaatsen van deze groep vinden wij echter moeilijk, omdat de meesten er niet bij hebben gezegd of de CVPPP bijvoorbeeld voldoende of onvoldoende voor hen biedt. Of men tevreden of ontevreden is over de CVPPP. Het blijft dus gissen wat deze groep bezig houdt.

Ruim 10% van de leden geeft aan behoefte aan contact met andere leden te hebben. Zo is er behoefte aan contact door middel van intervisie, het uitwisselen van casuïstiek en dergelijke. De behoefte aan (het uitwisselen van) contact onderling is binnen de CVPPP kennelijk groot. Al eerder in vraag 13 kwam deze behoefte naar voren. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat leden beseffen elkaar nodig te hebben en dat ze de meerwaarde inzien/ervaren van bijvoorbeeld intervisie en het uitwisselen van casuïstiek.
Deze behoefte is al langer bekend bij het bestuur van de CVPPP. In de afgelopen tijd hebben zo'n 50 leden al aangegeven behoefte te hebben om deel te nemen een aan intervisie- of studiekring. Tot nog toe is daar nog geen goede coördinatie over geweest om, naast de vier bestaande kringen, andere kringen in het leven te roepen. Door gebrek aan mankracht is het hier nog niet van gekomen. Uiteraard weten wij niet zeker of de 10% dezelfde mensen zijn als de genoemde 50 leden.

5% van de leden wil meer aandacht voor het feit dat zij in een niet-christelijke organisatie werken of werken met niet-christelijke cliënten. We maken uit deze behoeften van de leden op dat hiervoor (te) weinig aandacht is binnen de CVPPP. Uit de enquête kunnen wij niet opmaken hoe groot het deel is dat in een seculiere omgeving werkt of aan niet-christenen hulpverleend, maar daar zullen waarschijnlijk veel leden mee te maken hebben. Het aanbieden van zulke specifieke onderwerpen kan echter eng zijn, omdat het een deel van de leden misschien niet aanspreekt.

Bij de overige behoeften waar zo'n 2% van de leden behoefte aan heeft, kwamen onderwerpen naar voren als behoefte aan een leertherapeut/mentor. Daarnaast zijn er leden die willen helpen in het ontwikkelen van cursussen of minoren. En leden die de betaalbaarheid van de gesprekken via zorgverzekeringen verbeterd zouden willen zien. Leden willen kennelijk het praktische nut van de CVPPP ervaren door middel van een leertherapeut of mentor en belangenbehartiging naar zorgverzekeraars. Een mogelijke verklaring waarom leden willen helpen in het ontwikkelen van cursussen of minoren, is dat ze het belang er van inzien hun expertise te delen met bijvoorbeeld CVPPP-leden die nog niet zo lang werkzaam zijn in de GGZ/hulpverleningspraktijk.

Overige opmerkingen

Opvallend is dat bij de laatste vraag ‘overige opmerkingen’ werd gereageerd met allerlei onderwerpen die naar voren werden gebracht. Zo schreef een lid de volgende opmerking: *Ik vind het tijdschrift van de CVPPP niet erg prettig; te lange artikelen, te veel gericht op godsdienstpsychologie in plaats van de klinische praktijk.* Tevens schreef een lid: *Het lijkt me belangrijk eigen religieuze opvattingen niet te veel op te dringen aan de cliënt, omdat de cliënt zich onvrij kan gaan voelen in het uiten van zijn/haar gevoelens onzekerheden (onder andere met betrekking tot het geloof).* Kennelijk spreekt het onderwerp integratie van geloof in hulpverlening de leden aan. Leden zijn het niet altijd eens met het aanbod van de CVPPP. Door middel van deze enquête grijpen ze de gelegenheid aan om daar iets van te zeggen. De leden hebben een duidelijke mening over het onderwerp integratie van geloof en hulpverlening. Wij krijgen de indruk, naar aanleiding van de opmerkingen bij vraag 14 en 15 dat leden hun vragen en opmerkingen graag kwijt willen. Uit de reacties maken wij op dat er grote (emotionele) betrokkenheid is onder leden met betrekking tot de CVPPP. Het werk van de CVPPP vinden ze belangrijk genoeg om er op te reageren, kritiek op te hebben en verbeterpunten aan te dragen. In ieder geval geeft een respons van 50% van het aantal verstuurde enquêtes aan dat deze enquête de moeite waard was om in te vullen. Dit toont betrokkenheid en dat integratie van geloof in hulpverlening een thema is wat CVPPP-leden bezighoudt.

3.4 Conclusie

Het is lastig om een beknopte conclusie te schrijven naar aanleiding van de vele gegevens die terug te vinden zijn in de resultaten en de interpretaties. In deze conclusie worden daarom de meest opvallende hoofdlijnen benoemd. Als afsluiting van deze conclusie wordt er antwoord gegeven op deelvraag 2: *Hoe geven CVPPP-leden momenteel christelijk geloof plek in hulpverlening?* en deelvraag 3: *Wat geven CVPPP-leden zelf aan over wat hun wensen/behoeften zijn met betrekking tot integreren van geloof en hulpverlening?*

Punten die uit de resultaten en interpretaties van de enquête sprongen, zijn:

- binnen de CVPPP is een groot deel (60%) van de leden psycholoog (grafiek 3). De andere vakgebieden zijn ver in de minderheid. 89 vrouwen (ongeveer 60%) en 58 mannen (ongeveer 40%) hebben de enquête ingevuld (grafiek 2);
- de kerkelijke achtergronden 'Mainstream-Protestant' (24%), 'Orthodox-Gereformeerd' (32%) en 'Evangelisch/Baptist' (29%), zijn redelijk gelijk verdeeld. De 'Rooms-katholieken' zijn met 3% zwaar ondervertegenwoordigd (grafiek 4);
- de grootste groep leden zijn 0-5 jaar lid van de CVPPP (grafiek 5). Tegelijk geven deze leden aan even lang als christen werkzaam te zijn als in de GGZ/hulpverleningspraktijk (grafiek 6 en 7).

Deelvraag 2

Deelvraag 2: *Hoe geven CVPPP-leden momenteel christelijk geloof plek in hulpverlening?*
99% van de CVPPP-leden geeft aan dat hun mensbeeld wordt beïnvloed door christelijke noties. Bijna alle CVPPP-leden verlenen hulp vanuit een mensbeeld dat gekleurd is door christelijke noties. 41% geeft zelfs aan dat christelijke noties 'volledig' hun mensbeeld bepalen. De visie op psychopathologie en gezondheid is minder bepaald door christelijke noties dan het mensbeeld. Uit de resultaten blijkt dat veel CVPPP-leden hun christen-zijn voornamelijk tot uiting brengen in hun therapeutische houding en in hun contact/relatie met cliënten. Bij de vraag in hoeverre christelijk geloof in hulpverleningswerk van betekenis is voor wetenschappelijke en technische invloeden, geeft de grootste groep CVPPP-leden 'gemiddeld' aan. Christelijk geloof en wetenschap kunnen voor veel CVPPP-leden prima naast elkaar bestaan.
Uit de resultaten van de enquêtes blijkt dat in de hulpverlening het meeste gebruik wordt gemaakt van de religieuze interventie van het 'gebruik van de Bijbel'. Dit gevolgd door 'hulp zoeken of verwijzen naar religieuze leiders/pastoraat'. Een mogelijke verklaring is dat het 'gebruik van de Bijbel' makkelijker en veiliger is dan bijvoorbeeld de religieuze interventie 'gebed'. Bij andere religieuze interventies zoals 'meditatie', 'muziek' en 'rituelen' wordt voornamelijk aangegeven dat deze religieuze interventies 'nooit' worden gebruikt (grafiek 12c, 12d en 12e). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat CVPPP-leden onbekend zijn met of zich ongemakkelijk en onwennig voelen bij het gebruik van deze religieuze interventies.

Deelvraag 3

Deelvraag 3: *Wat geven CVPPP-leden zelf aan over wat hun wensen/behoeften zijn met betrekking tot integreren van geloof en hulpverlening?* De behoeften/wensen van leden zijn:

- 30% van de leden geeft aan te willen leren door middel van onder andere het lezen van literatuur. Leden zien een rol voor de CVPPP weggelegd in het voorzien van literatuur en scholing;
- de op één na grootste groep (22%) geeft aan 'geen' behoeften/wensen te hebben;
- ruim 10% van de leden geeft aan behoefte aan contact met andere leden te hebben. Zo is er behoefte aan intervisie, het uitwisselen van casuïstiek en dergelijke. Deze behoefte komt op verschillende plaatsen in de enquête naar voren;
- 5% van de leden wil meer aandacht voor het feit dat zij in een niet-christelijke organisatie werken of werken met niet-christelijke cliënten;

- bij ’overige behoeften’, waar zo’n 2% van de leden iets invulde, kwamen onderwerpen naar voren als behoefte aan een leertherapeut/mentor. Daarnaast zijn er leden die willen helpen in het ontwikkelen van cursussen of minoren. En leden die de betaalbaarheid van de gesprekken via zorgverzekeringen verbeterd zouden willen zien;
- opvallend is dat bij de laatste vraag ‘overige opmerkingen’ allerlei reacties worden gegeven. Kennelijk spreekt het onderwerp integratie van geloof in hulpverlening de leden aan. Door middel van de enquête grijpen leden de gelegenheid aan om iets te zeggen van wat hen bezighoudt met betrekking tot de CVPPP. De leden hebben een duidelijke mening over het onderwerp integratie van geloof en hulpverlening.

Wij stellen vast dat er op een aantal bovenstaande benoemde gebieden werk aan de winkel is voor de CVPPP. In het hoofdstuk van de aanbevelingen wordt hier concreet op ingegaan.

Deel B Eindconclusie en aanbevelingen

Hoofdstuk 4: Eindconclusie en aanbevelingen

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de eindconclusie beschreven waarin de hoofdvraag wordt beantwoord. Deze hoofdvraag wordt beantwoord aan de hand van deelvraag 1, 2 en 3 en op basis van de conclusies van voorgaande hoofdstukken.
Vervolgens wordt op basis van de eindconclusie en van de uitkomsten van het literatuuronderzoek, de interviews en de enquêtes aanbevelingen gegeven aan de CVPPP.

Door middel van het geven van aanbevelingen wordt deelvraag 4 beantwoord. Deelvraag 4 is: *Welke relevante aanbevelingen kunnen worden gegeven aan de CVPPP met betrekking tot het integreren van geloof en hulpverlening?*

Aanbevelingen[53] moeten af te leiden zijn uit de onderzoeksresultaten. Wij hebben deze aanbevelingen geschreven naar aanleiding van de belangrijkste hoofdpunten die voort zijn gekomen uit de interviews en enquêtes. Punten die minder of bij een enkeling naar voren kwamen, zoals enkele Rooms-katholieke leden die aangaven zich niet gehoord te voelen, hebben we laten liggen en niet meegenomen. Dit stukje verantwoordelijkheid willen we verder bij de CVPPP laten liggen of zij het belangrijk genoeg vinden om hier iets mee te doen.

[53] Baarda e.a., *Basisboek kwalitatief onderzoek,* pag. 361

4.2 Eindconclusie

In deze eindconclusie wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag. De hoofdvraag van het afstudeeronderzoek is: *Hoe wordt christelijk geloof geïntegreerd in het hulpverleningswerk van CVPPP-leden en waar liggen wensen of behoeften van CVPPP-leden op het gebied van het integreren van geloof en hulpverlening?*

Door middel van literatuuronderzoek (hoofdstuk 1) werd deelvraag 1: *Hoe ziet christelijke hulpverlening er uit?* beantwoord. In hoofdstuk 2 en 3 werden deelvraag 2: *Hoe geven CVPPP-leden momenteel christelijk geloof plek in hulpverlening?* en deelvraag 3: *Wat geven CVPPP-leden zelf aan over wat hun wensen/behoeften zijn met betrekking tot het integreren van geloof in hulpverlening?* beantwoord.

Hieronder volgt een antwoord op elke deelvraag door middel van een kort overzicht van de conclusies van hoofdstukken 1, 2 en 3. Daaruit volgt een antwoord op de hoofdvraag.

Deelvraag 1

Hoofdstuk 1: Literatuuronderzoek
Zoals in de conclusie van deelvraag 1 al wordt aangegeven, is een antwoord op deelvraag 1 niet makkelijk te geven. Christelijke hulpverlening is een complex onderwerp. Er is niet één 'juiste' definitie of 'manier' van hulpverlenen met betrekking tot dit onderwerp. We geven wat hoofdlijnen aan van christelijke hulpverlening die wij in de literatuur tegen zijn gekomen. Hetgeen overeenkomt en de basis vormt, is dat hulpverleners de Bijbel als uitgangspunt nemen voor professionele hulpverlening. Een christelijke hulpverlener gaat uit van het mensbeeld waarbij de mens in relatie staat tot God en anderen. De mens is geschapen naar Gods beeld. Een hulpverlener kan het christelijke geloof op verschillende manieren betrekken in de hulpverlening. Door middel van impliciete en expliciete integratie van geloof in hulpverlening. Daarnaast kan een hulpverlener er voor kiezen om gebruik te maken van verschillende religieuze interventies zoals gebed, de Bijbel, meditatie, muziek, vergeving en berouw, bewerken van het godsbeeld en het zelfbeeld, rituelen, hulp zoeken bij religieuze leiders en het stimuleren van broederschap en dienstbaarheid.

Deelvragen 2 en 3

Hoofdstuk 2: Kwalitatief onderzoek: de interviews
Uit de interviews kwam het volgende naar voren. Met het toepassen van religieuze interventies zijn drie van de vier CVPPP-leden voorzichtig. Ze maken gebruik van Bijbelse principes die wetenschappelijk bewezen zijn. Daarnaast laten de CVPPP-leden vooral door hun houding en hoe ze in de relatie tot de cliënt staan, zien dat ze christen zijn. Geloof, wetenschap en hulpverlening hoeven niet met elkaar te botsen, zo lang deze twee gebieden elkaar in hun waarde laten. Daar zit echter ook een spanning. Het ene CVPPP-lid hecht bijvoorbeeld meer waarde aan wetenschappelijke inzichten dan de ander. Geloof en wetenschap kunnen de neiging hebben om elkaar uit te sluiten of te verklaren.
In de interviews kwam de volgende wens/behoefte van CVPPP-leden overduidelijk naar voren:

- de vier CVPPP-leden hebben vooral behoefte aan praktische scholing en handvatten met betrekking tot geloof en hulpverlening.

Verder zijn de onderwerpen die worden aangegeven divers. Enkele onderwerpen die langs kwamen zijn: hoe als christen om te gaan met mindfulness, pijn, kwaad, desillusie, de samenwerking met het pastoraat en de wisselwerking tussen geest, ziel en lichaam.

Hoofdstuk 3: Kwantitatief onderzoek: de enquête
Uit de enquête onder CVPPP-leden kwam het volgende naar voren. Bijna alle CVPPP-leden verlenen hulp vanuit een mensbeeld dat gekleurd is door christelijke noties (zoals waarden,

normen en overtuigingen). Uit deze gegevens blijkt weer de complexiteit van dit onderwerp. Het is zeer de vraag of alle CVPPP-leden dezelfde voorstelling hebben van christelijke noties. Tevens zijn deze noties christelijk, maar tegelijkertijd cultuurgebonden normen en waarden. CVPPP-leden brengen hun christen-zijn voornamelijk tot uiting in hun therapeutische houding en contact/relatie met cliënten. Uit de enquête blijkt dat voor veel CVPPP-leden christelijk geloof en wetenschap prima naast elkaar bestaan. In de hulpverlening wordt het meest gebruik gemaakt van de religieuze interventie van het 'gebruik van de Bijbel'. Dit gevolgd door het 'hulp zoeken of verwijzen naar religieuze leiders/pastoraat'. CVPPP-leden zijn over het algemeen terughoudend in het gebruik van religieuze interventies. Vooral als het gaat om de religieuze interventies 'meditatie', 'muziek' en 'rituelen'.
De gegevens uit de interviews en enquêtes bevestigden elkaar veelal.

De wensen/behoeften vanuit de enquêtes waren divers. Enkele hoofdlijnen worden weer gegeven:

- een groot deel van de leden heeft de wens/behoefte om te leren. Deze suggesties kwamen langs: het aangereikt krijgen van praktische handvatten voor in de hulpverlening, (religieuze) interventies aangeboden krijgen en onderbouwde christelijke hulpverleningsmodellen aangereikt krijgen. Leden willen over allerlei onderwerpen meer weten. Zoals: christelijke visie op mindfulness, pastoraat en geloof, hoe samen te werken met pastoraat, hoe christelijke elementen te verwerken in relatietherapie, meer begrip voor hulpverleners in een niet-christelijke setting en hoe hier mee om te gaan;
- het één na grootste deel geeft aan 'geen' wensen of behoeften te hebben. Deze leden zijn tevreden over het aanbod van de CVPPP of geven aan dat de CVPPP niet kan bieden wat zij nodig hebben;
- hierop volgt de behoefte aan onderling contact. Er is een grote behoefte aan intervisie en supervisie.

Hoofdvraag

In de antwoorden op de bovenstaande deelvragen ligt het antwoord op de hoofdvraag besloten. *Hoe wordt christelijk geloof geïntegreerd in het hulpverleningswerk van CVPPP-leden en waar liggen wensen of behoeften van CVPPP-leden op het gebied van het integreren van geloof en hulpverlening?*

Kort gezegd blijkt dat christelijk geloof door CVPPP-leden vooral geïntegreerd wordt door hun houding en zorg voor de therapeutische relatie, deels ook door Bijbelgebruik en verwijzing naar religieuze leiders/het pastoraat, en soms door andere religieuze interventies. De wensen/behoeften die voornamelijk naar voren kwamen, waren de behoefte om te leren en de wens/behoefte aan contact/onderlinge relaties met collega's. Dit laatste uit zich bijvoorbeeld in de behoefte aan intervisie/studiekringen.

Op grond van bovenstaande conclusies en de eindconclusie zijn in het volgende hoofdstuk de aanbevelingen voor de CVPPP te vinden. In het volgende hoofdstuk wordt deelvraag 4: *Welke relevante aanbevelingen kunnen worden gegeven aan de CVPPP met betrekking tot het integreren van geloof en hulpverlening?* beantwoord.

4.3 Aanbevelingen

In dit onderdeel zijn de aanbevelingen beschreven. Aan het begin van iedere alinea staat eerst dikgedrukt de aanbeveling beschreven voor de CVPPP. Daarna volgt een toelichting op welke gronden de aanbeveling is gebaseerd.

Op grond van de uitslagen van de interviews en enquêtes zijn wij tot de volgende aanbevelingen gekomen:

- **Het advies aan de CVPPP is om praktische scholing te verwerken in het aanbod van de CVPPP.**
  Uit de uitslagen van de interviews en de enquête blijkt dat CVPPP-leden leergierig zijn en behoeften hebben aan het aangereikt krijgen van praktische handvatten. Daarom is het advies om praktische scholing te verwerken in het aanbod van de CVPPP. Praktische scholing kan ingevuld worden met onderwerpen die leden benoemden. Onderwerpen die genoemd zijn: de samenwerking tussen hulpverlening en pastoraat, verdieping vanuit christelijke noties in mindfulness, uitwerken van christelijke principes in relatietherapie en studie over (religieuze) interventies. Maar ook aandacht voor de hulpverlening aan niet-christenen of het werken in een seculiere omgeving. De CVPPP kan er ook over nadenken om naast plenaire lezingen specifieke workshops aan te bieden zodat er voor een brede groep binnen de CVPPP aanbod is.

- **Het advies aan de CVPPP is om in te spelen op de genoemde leerbehoefte, door het organiseren van een cursus. Dit zou vernieuwend zijn in het aanbod van de CVPPP. Een bijkomend advies is om de vormen (studiedag, cursus, seminar) af te wisselen.**
  Studiedagen (34%), cursussen (17%) en een seminar (14%) scoren hoog als het gaat om wensen/behoeften van leden. Studiedagen/congressen en seminars/studieavonden worden traditiegetrouw jaarlijks door de CVPPP georganiseerd. Het organiseren van afwisselende vormen lijkt ons een goed idee, omdat in de enquête deze behoefte naar voren kwam. Kennelijk hebben leden behoefte aan iets nieuws, zoals het organiseren van een cursus. De CVPPP kan voor afwisseling kiezen tussen het organiseren van een studiedag, een cursus of een seminar om zo op deze manier ook tegemoet te komen aan wensen van CVPPP-leden.

- **Het advies aan de CVPPP is om leden in te schakelen die een cursus willen organiseren.**
  Dit sluit aan op de vorige aanbeveling waar leden aangeven behoefte te hebben om een cursus te volgen over integratie van geloof in therapie. Sommige leden geven aan bereid te zijn om een cursus te organiseren. Daarnaast zijn er wellicht anderen die zich op een andere manier willen inzetten.

- **Het advies aan de CVPPP is om het mogelijk te maken dat leden zich binnen de vereniging als leertherapeut kunnen bekendmaken.**
  Dit zodat deze leden vindbaar zijn voor andere leden die behoefte hebben aan een leertherapeut. De CVPPP zou kunnen faciliteren dat vraag en aanbod met betrekking tot leertherapie bij elkaar gebracht worden

- **Het advies aan de CVPPP is om nader te onderzoeken wat voor belang leden (22%) met 'geen wensen/behoeften' bij hun lidmaatschap hebben.**
  Wat kan de CVPPP voor deze leden betekenen ook al geven zij aan geen behoefte te hebben?

- **Het advies aan de CVPPP is om een coördinator te proberen te vinden voor de studie/intervisiekringen. En daarnaast om het aantal kringen uit te breiden naar bijvoorbeeld vijf of meer op andere plaatsen in Nederland dan de huidige. Dit zodat ieder CVPPP-lid dat behoefte heeft aan een studie-/intervisiekring op een niet al te grote afstand terecht kan bij een kring.**
  Omdat de behoefte aan onderling contact herhaaldelijk wordt genoemd willen wij de CVPPP adviseren om hier mee aan de slag te gaan. Voordat dit onderzoek plaatsvond waren er al zo'n 50 leden die hadden aangegeven behoefte te hebben aan studie-/intervisiekringen. Aangezien er momenteel vier van dergelijke kringen zijn, lijkt het ons goed als er meer studie/intervisiekringen komen. Zoals al eerder is aangegeven, zijn verschillende leden bereid om een bijdrage te leveren aan de CVPPP. Zo is er een coördinator nodig om de studie-/intervisiekringen vorm te geven. Misschien dat een CVPPP-lid deze taak op zich zou willen nemen.

- **Het advies aan de CVPPP is om te onderzoeken hoeveel leden behoefte hebben aan belangenbehartiging naar zorgverzekeraars toe in verband met vergoedingsmogelijkheden.**
  Dit punt gaat misschien niet heel specifiek over de integratie van geloof in hulpverlening. Sommige leden hebben aangegeven behoeften te hebben aan een betere vergoeding van zorgverzekeraars. Hier ziet men een rol weggelegd voor de CVPPP. Om aan te sluiten bij behoeften van leden is het belangrijk om dit punt mee te nemen in de aanbevelingen. Als een aanzienlijk deel van de leden deze behoefte heeft, dan lijkt het ons goed dat de CVPPP nadenkt over een uitbreiding van de doelstelling van de vereniging met een nieuwe activiteit: belangenbehartiging.

Bronnenlijst

Baarda, D.B., de Goede, M.P.M, Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek.* Groningen/Houten: Noordhoff.

Bouwhuis-van Keulen, A. (2009). *Werkboek 'Religieuze interventies'. Bij het onderzoek 'De invloed van aandacht voor religie in therapie op het behandelresultaat'* Rijssen: Eigen beheer.

Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (2010). *Beleidsplan 2010-2014*. Hardenberg: CVPPP.

Glas, G. (2009). *Modellen van 'integratie' in de psychologie en psychiatrie (I) – het debat. Psyche & Geloof,* 20, 152-164.

Kalmthout, M. van, Festen, T., De Roeck, B-P., De Dijn, H., Schreurs, A. & Maas, F. (2001). *Spiritualiteit in psychotherapie?.* Nijmegen: KSGV.

Narramore, B. (1982). *Geloof in de hulpverlening.* Amsterdam: Buijten & Schipperheijn.

Pfeifer, S. (1998). *Psychische stoornissen en Bijbelse zielszorg.* Leiden: J.J. Groen en Zoon.

Ruiter, E. de (2011). *Bestaat er een kloof tussen geloof en hulpverlening?* Geraadpleegd op 9 februari 2011, van http://www.stichting-promise.nl/artikelen/christelijke-medische-ethiek/bestaat-er-een-kloof-tussen-geloof-en-hulpverlening.htm

Uden, M.H.F. van & Pieper, J.Z.T. (1996). *Religie in de geestelijke gezondheidszorg.* Nijmegen: KSGV.

Versluijs-Eerling, H. (2004), *Het biopsychosociaalmodel als hulpmiddel bij de bewustwording van de eigen deskundigheid.* Geraadpleegd op 10 maart 2011, van http://www.echoecho.nl/echobestanden/Het%20biopsychosociaal%20model.pdf

Voorwinden, P. (2010). *Eleos en bevrijdingspastoraat, visiedocument 5*. Geraadpleegd op 1 februari 2011, van http://www.eleos.nl/Media/download/20155/Visiedocument%205%20Eleos%20en%20bevrijdingspastoraat.pdf

Voorwinden, P. (2010). *Geloof en hulpverlening binnen cluster cure, visiedocument 2*. Geraadpleegd op 10 maart 2011, van http://www.eleos.nl/Media/Download/20152/09coversVisiedocsA4FCc.indd/Visiedocument2_Geloof_en_hulpverlening_binnen_cluster_cure.pdf

Voorwinden, P. (2009). *Integratie van de spirituele- of geloofsdimensie in de GGZ-hulpverlening. Geraadpleegd* op 2 februari 2011, van http://www.geloveninhulpverlening.nl/files/pages/content/Integratie_van_de_spirituele-_of_geloofsdimensie_in_de_GGZ-hulpverlening.pdf

Vries-Schot, M. de (2008). *Geloven is gezond. Zingeving en geloofsgroei in hulpverlening en pastoraat.* Zoetermeer: Boekencentrum.

Wal, J. van der (1993). *De mens in de christelijke hulpverlening. G*eraadpleegd op 9 februari 2011, van http://www.lindeboominstituut.nl/assetmanager.asp?aid=160

Zock, T.H. & Glas, G. (2001). *Religie in de psychiatrie.* Tilburg: KSGV.

Deel C Bijlagen

Hoofdstuk 5: CD-ROM

5.1 Interview

We hebben gekozen om een semigestructureerd interview af te nemen onder 4 CVPPP-leden met verschillende functies, kerkelijke achtergronden, geslacht en ook variërend in hoe lang ze al betrokken zijn bij de CVPPP. Dit om zo'n breed mogelijk beeld te krijgen.
We hebben gekozen voor een semigestructureerd interview, omdat we in ieder geval enkele belangrijke vragen en onderwerpen willen bespreken die relevant zijn voor ons onderzoek. Vooral voor het beantwoorden van deelvraag 2: *hoe geven CVPPP-leden momenteel christelijk geloof plek in hulpverlening*?
De uiteindelijke hoofdvraag die we door middel van ons onderzoek hopen te beantwoorden, is: *hoe wordt christelijk geloof geïntegreerd in het hulpverleningswerk van CVPPP-leden en waar liggen wensen of behoeften van CVPPP-leden op het gebied van het integreren van geloof en hulpverlening?*
Tegelijkertijd willen we ook de ruimte geven en nemen om tijdens het interview, los van de van te voren vastgestelde vragen, door te vragen op aspecten die op dat moment naar boven komen of relevant en interessant zijn. Dit levert ons, denken wij, het meeste op voor ons onderzoek.

Deel 1: persoonlijke gegevens

Naam:

Leeftijd:

Geslacht:

Opleiding:

Functie:

Sinds wanneer vervult u deze functie?

Werkzaam bij:

Hoe zou u uw kerkelijke achtergrond omschrijven?

Hoe lang bent u al betrokken bij de CVPPP?

Deel 2: christelijk geloof en theorie/visie

Wat betekent het christelijke geloof voor u persoonlijk?

Wat is uw mensbeeld? Wat is hier specifiek christelijk aan? En hoe neemt u dit mee in het hulp verlenen aan cliënten?

Hoe kijkt u aan tegen conflicten dan wel integratie van wetenschap en christelijk geloof in de psychologische hulpverlening?

Zou u bijvoorbeeld iets kunnen zeggen over uw visie op ziekte en gezondheid?

Is er volgens u een onderscheid te maken tussen gezonde en ongezonde vormen van religie of spiritualiteit? Hoe ziet u dat?

Wat is uw visie op geloof en hulpverlening? Uw affiniteit met levensbeschouwing t.o.v. hulpverlening/de meerwaarde die het christelijke geloof te bieden heeft in hulpverlening?

Deel 3: Praktijk

Hoe beschrijft u uw therapeutische houding/attitude als het gaat om u christen-zijn?

Hoe ziet u een geestelijke duiding die een cliënt kan geven aan een ervaring (bijvoorbeeld als men aangeeft God te horen spreken; of aangeeft een visioen te hebben gehad)? Hoe gaat u hiermee om?

Zijn er bepaalde vormen van psychopathologie waarin u een duidelijke invloed van/ verwevenheid met het christelijke geloof ziet?

Deel 4: Religieuze interventies

Welke religieuze interventies (te denken valt aan het gebruik van de Bijbel, rol van gebed, muziek, etcetera) past u toe in het contact met uw cliënt?

Speelt pastoraat ook een rol? Zo ja, hoe werkt u samen met pastores/het pastoraat?

Hoe kijkt u aan tegen bevrijdingspastoraat en het thema demonie en bevrijding?

Welke (geloofs)thema's vindt u moeilijk om mee om te gaan in therapie? Hoe gaat u hier mee om?

Wat voor rol speelt God volgens u in hulpverlening? Welke godsbeelden die mensen hebben ziet u terugkomen bij cliënten? Hoe gaat u om met deze godsbeelden in het contact met cliënten?

Hoe gaat u om met (religieuze) overdacht en tegenoverdracht?

Tegen welke lancunes/problemen loopt u aan m.b.t. de integratie van geloof in therapie?

Waar liggen nog behoeften voor u op het gebied van geloof en therapie (te denken valt aan scholing, congressen, intervisie, etcetera)? En waar zou u nog meer over willen weten of weet u nog onvoldoende van?

Evaluatie

Hoe vond u het interview?

Heeft u nog aspecten gemist met betrekking tot geloof in hulpverlening, waarover u nog wat wilt toevoegen?

Als u achteraf nog aanvullingen heeft of nog iets zeggen wilt over wat het interview heeft opgeroepen, dan kunt u dit nog naar ons mailen via het volgende e-mailadres: mvojen@student.che.nl.

5.2 Interviews CVPPP-leden

5.2.1 Interview Cisca Zwiep

Deel 1: persoonlijke gegevens

Naam: Ciska Zwiep

Leeftijd: 45 jaar

Geslacht: Vrouw

Opleiding: WO Psychologie

Functie: Psycholoog/behandelaar

Sinds wanneer vervult u deze functie?
"Ik ben sinds 20 jaar werkzaam als psycholoog. Ik ben in Amsterdam begonnen als eerstelijnspsycholoog in een maatschap. Ik heb 5 jaar in een maatschappelijke opvang in Soest gewerkt. Daarnaast ben ik sinds 15 jaar werkzaam als eerstelijns- en GZ-psycholoog. De laatste 10 jaar ook werkzaam in een eigen praktijk in Veenendaal en heb ik als docent gewerkt. In 2009 heb ik de opleiding cognitieve gedragstherapie afgerond. Momenteel richt ik me ook op Mindfulness."

Werkzaam bij:
"Bosman GGZ Direct in Utrecht; dit is een algemene instelling die eerstelijns zorg biedt. Daarnaast ben ik werkzaam bij de Driehoek Agathos in het gedragstherapeutisch coachen van medewerkers en in het geven van therapie aan cliënten."

Hoe zou u uw kerkelijke achtergrond omschrijven?
PKN

Hoe lang bent u al betrokken bij de CVPPP?
+/- 15 jaar

Deel 2: christelijk geloof en theorie/visie

Wat betekent het christelijke geloof voor u persoonlijk?
"Hierbij verwijs ik ook naar mijn artikel over depressie en geloof, waarin je ook meer kunt lezen over mijn visie m.b.t. het christelijke geloof. Het christelijke geloof is voor mij een bron van inspiratie. God is de basis van het leven."

Wat is uw mensbeeld? Wat is hier specifiek christelijk aan? En hoe neemt u dit mee in het hulp verlenen aan cliënten?
"Mijn visie met betrekking tot het geloof is: zoek de overeenkomsten tussen de verschillende gelovigen. Zowel voor christenen als voor niet-christenen, zoals moslims. Het is voor mij een sport om het over zingeving te hebben, zeker als het gaat om depressie.
Zoals ik al aangaf is God de basis van het leven. Alle regels die er eventueel zijn, zijn bedoeld ten goede van de mens. God is voor de mens en niet zo zeer om de mens een hak te zetten."

"Mijn visie is holistisch. Het één staat niet los van het ander, maar hangt allemaal met elkaar samen. Lichaam en geest hebben een nauwe band. Het hoort bij elkaar en is niet los te

koppelen. Zo zie ik het ook met betrekking tot het geloof. Je kunt niet zeggen van dit hoort duidelijk bij het geloof en dat bij de psychologie. Ik ga meer naar de scheppingsgedachte van dat ieder mens naar Gods beeld is geschapen. En niet zozeer kijkend naar waarin deugt iemand niet en vervolgens te zeggen dat iemand zich hiervan dient te bekeren. Daar gaat het naar mijn mening niet om in de hulpverlening."

Hoe kijkt u aan tegen conflicten dan wel integratie van wetenschap en christelijk geloof in de psychologische hulpverlening?
"Geloof is wat je gelooft. Geloof kun je niet zien en begrijpen. De kern van het geloof is niet in wetenschappelijke termen te begrijpen. Dat zijn twee verschillende gebieden die even waardevol zijn. Als gelovigen hoeven we niet bang te zijn voor de wetenschap. Het zijn twee verschillende dingen/gebieden die allebei belangrijk zijn en hier en daar elkaar raken."

Zou u bijvoorbeeld iets kunnen zeggen over uw visie op ziekte en gezondheid?
"Ik weet niet zo goed of mijn visie hierop uit het geloof voortkomt. Als je de Bijbel leest, dan zie je dat het kwaad in de Bijbel vaak te maken heeft met ziekte. In mijn therapie beschouw ik het kwaad in wereld als een gegeven. Het gaat niet om goed of fout. Ik kijk in therapie of dingen helpend of niet helpend zijn. Gezondheidbevorderend of gezondheidbelemmerend. Hoe verkeerde gewoontes en ziektebeelden ontstaan, daar houd ik me niet zo mee bezig."

Is er volgens u een onderscheid te maken tussen gezonde en ongezonde vormen van religie of spiritualiteit? Hoe ziet u dat?
"Jazeker. Er zijn zeker bepaalde vormen van geloof die ongezond zijn. Sommige vormen van geloof maken mensen heel erg afhankelijk van opperwezen, zijn depressiebevorderend en kunnen aangeleerde hulpeloosheid bevorderen. Ik probeer het oordeel over het geloof van die persoon achterwege te laten. Waar ik wel iets over zeg, is hoe het geloof uitwerkt op klachten/gezondheid, hoe het geloof gezondheidsbevorderend of belemmerend kan werken. Een ziekte kan worden uitgedrukt in religieuze termen, bijvoorbeeld godsdienstwanen. Het ziektebeeld depressie kan bijvoorbeeld het geloof verdiepen en zingevingsvragen oproepen."

Wat is uw visie op geloof en hulpverlening? Uw affiniteit met levensbeschouwing t.o.v. hulpverlening/de meerwaarde wat het christelijke geloof te bieden heeft in hulpverlening?
"Geloof is een onderdeel van mijn hele leven. Zo zie ik dat ook in de hulpverlening en betrek ik geloof/zingeving er ook bij als ik dit nodig acht. Het geloof kan worden gezien als een steunende factor. Het kan een krachtbron zijn of een bron van last.
Het is belangrijk om hierin aan te sluiten bij de beleving van een cliënt. Voor christenen kan het fijn en helpend zijn om te merken dat een hulpverlener hen begrijpt en kan aansluiten bij hun referentiekader, omdat de hulpverlener werkt en leeft vanuit hetzelfde referentiekader.
Als ik te maken heb met niet-christenen, zal ik meer kijken naar gezamenlijke waarden waar we vanuit kunnen gaan, zoals vergeving. Hierbij probeer ik dan aan te sluiten en te werken vanuit deze overeenkomsten."

Deel 3: Praktijk

Hoe beschrijft u uw therapeutische houding/attitude als het gaat om u christen-zijn?
"Het leuke van mindfulness en waarvan ik ook geloof dat het werkt, vind ik dat het uitgaat van een accepterende houding. Dit loopt parallel met het christen zijn. Iemand ontmoeten zonder te oordelen; dit is de houding die je naar mijn mening dient te hebben of te bereiken als hulpverlener. Dit betekent niet dat je geen grenzen aangeeft, maar wel dat je probeert iemand te laten zijn die hij/zij op dat moment is. Natuurlijk is er een zeker spanningsveld, want je hoopt ook op verandering in het leven van een cliënt. Maar verandering begint bij acceptatie."

Hoe ziet u een geestelijke duiding die een cliënt kan geven aan een ervaring (bijvoorbeeld als men aangeeft God te horen spreken; of aangeeft een visioen te hebben gehad enzovoorts)? Hoe gaat u hiermee om?
“Als cliënten een christelijke achtergrond hebben, dan heb ik daar over het algemeen genomen niet zoveel moeite mee. Als ik het niet vertrouw, vraag ik aan degene of ze er al met de dominee/voorganger over hebben gesproken. Ik blijf er verder vanaf, als ik het kan plaatsen op basis van de achtergrond van een cliënt. Wel ben ik alert op bijvoorbeeld vermijdingsgedrag, ontwijkend gedrag of theatraal gedrag. Hierbij laat ik verder de inhoud voor wat het is. Ik ga de discussie niet aan met cliënten. Daarnaast geeft de Bijbel ook richting en kan je ook zien welke vruchten het uitwerkt. Het kan leiden tot positieve vruchten van de Geest, zoals liefde die wordt bevorderd, vergeving etcetera. Je kunt ook een negatieve uitwerking zien, zoals wanneer er jaloersheid ontstaat.
Als mensen new-ageachtige spirituele dingen aangeven, dan heb ik er wel moeite mee en weet ik niet zo goed hoe daar mee om te gaan.”

Zijn er bepaalde vormen van psychopathologie waarin u een duidelijke invloed van/verwevenheid met het christelijke geloof ziet?
“Ik ben zelf een eerstelijnspsycholoog. Dit houdt in dat ik te maken heb met in principe gezonde mensen die problemen hebben, geen mensen met psychiatrische ziektebeelden.
De cliënten die voornamelijk bij mij komen, zijn vrouwen uit de wat meer traditionele kerken. Dit ook vanwege de cultuur/achtergrond die in deze omgeving heerst waar ik werkzaam ben. Thema’s die ik regelmatig bespreek met deze vrouwen zijn bijvoorbeeld de invloed van goed voor je zelf zorgen en zorgen voor de ander. Je naaste lief hebben als jezelf. Wat is dat, jezelf lief hebben? Of een ander veelvoorkomend thema is boos (mogen) zijn en/of grenzen aangeven.”

Deel 4: Religieuze interventies

Welke religieuze interventies (te denken valt aan het gebruik van de Bijbel, rol van gebed, muziek, etcetera) past u toe in het contact met uw cliënt?
“Ik spreek eigenlijk heel vrij over de Bijbel. Beelden en verhalen die ik gebruik uit de Bijbel, praten over de Bijbel, Psalmen die ik bijvoorbeeld gebruik over hoe God Zijn weg gaat met mensen (de Heer is mijn Herder, juist ook in de donkere dalen), enzovoorts. Dit pas ik vrijmoedig toe in het gesprek met cliënten, dit omdat ik vaak zie dat ik op deze wijze aansluit bij de taal van de cliënten.
Ik bid niet met cliënten. Ik vind dat ik me dan teveel inhoudelijk begeef op geloofsterrein en dat vind ik niet goed. Bidden heeft vaak een lading/betekenis, waardoor je een meer geestelijke rol krijgt, terwijl ik als hulpverlener zoveel mogelijk een gelijkwaardige relatie wil nastreven. Soms kan je bijvoorbeeld tijdens het bidden net verkeerde woorden/zinnen gebruiken, waardoor problemen kunnen ontstaan. Dit kan beter worden overgedragen en worden gedaan door een pastor/dominee. Bij echte geloofsvragen die cliënten hebben, geef ik als advies dit te bespreken met de pastor. Een dominee/pastor werkt heel specifiek vanuit een geloofsvisie, waardoor ze dit beter met hem/haar kunnen bespreken. Hiermee geef ik cliënten hun eigen verantwoordelijkheid terug. Wel probeer ik praktische tips mee te geven aan cliënten, zoals het gebruik van dagboekjes, muziek, wat aansluit bij de cliënt. Inhoudelijke discussies over het geloof ga ik verder niet aan.”

Speelt pastoraat ook een rol? Zo ja, hoe werkt u samen met pastores/het pastoraat?
“Sommige vragen liggen op het grensvlak van psychologie en pastoraat. Dit zijn vragen die zowel het pastoraat raken als de hulpverlening. Een thema waar je dan aan kan denken is rouw. Cliënten worstelen hierin soms met schuldgevoelens, zijn aan het nadenken over hoe verder, enzovoorts. Het kan helpen om hierin soms termen uit de Bijbel te noemen. Daarnaast bevraag ik specifiek de cognities van iemand en zijn/haarbeleving. De focus in

hulpverlening ligt voornamelijk op de klachten, terwijl het pastoraat meer gaat over de geloofsbeleving en zijn/haar relatie met God.
Verder komt het ook voor dat mensen soms vanuit het pastoraat worden door verwezen naar de hulpverlening of andersom. Vaak kunnen pastoraat en hulpverlening prima naast elkaar bestaan."

Hoe kijkt u aan tegen bevrijdingspastoraat en het thema demonie en bevrijding?
"Ik zie dat dit in is de laatste tijd en dat er ook veel over is geschreven. Als mensen het idee hebben dat psychische klachten zijn ontstaan door boze geesten/het demonische (een geestelijke oorzaak hebben), etcetera, dan vind ik dat ook vaak een kwestie van taal. Wat in de Bijbel bijvoorbeeld genoemd wordt als een geest van zwakheid, kan ook worden gezien als dat je bang bent of dat je niet zo dapper bent. Ik sluit niet uit dat het kan, dat iets een demonische oorzaak heeft, maar in eerste instantie ga ik uit van de psychische kant van de zaak. Daarnaast blijkt dat 90% van demonie en bevrijding, gaat over psychische klachten. Mijn stelling is, van zoek niet de duisternis op, maar laat je licht schijnen. Als iemand zich los heeft gemaakt van dingen die niet goed waren en vergeving daarvoor heeft gevraagd, dan denk ik dat het in principe goed is. Anders stuur ik ze voor dit geestelijke aspect door naar het pastoraat in hun eigen kerk."

Welke (geloofs)thema's vindt u moeilijk om mee om te gaan in therapie? Hoe gaat u hier mee om?
"Heel ingrijpend vind ik als mensen moeilijke/traumatische dingen hebben meegemaakt en de vraag stellen 'waarom ik, waarom heeft God niet ingegrepen', enzovoorts. Een ander iets wat ik lastig vind, is als het heel dicht bij me zelf komt. Bijvoorbeeld een thema waar ik zelf persoonlijk nog mee aan het worstelen ben. Maar over het algemeen vind ik therapie heel leuk om te doen."

Wat voor rol speelt God volgens u in hulpverlening? Welke godsbeelden die mensen hebben ziet u terugkomen bij cliënten? Hoe gaat u om met deze godsbeelden in het contact met cliënten?
"God is overal. Ook in een gewoon gesprek, God is (er). Dit vind ik zelf een heel prettig en geruststellend idee. Soms hebben mensen een godsbeeld dat zo star/autoritair is dat het invloed heeft op hun psychisch welbevinden. Dit kan je tegenkomen in reformatorische kringen, het angstig/dwangmatig denken. Dan ontkom ik er niet aan om het godsbeeld te bespreken tijdens de hulpverlening. Ik doe dit vaak door middel van vragen te stellen aan de cliënt. Hoe zie je dit, hoe zie je dat, ziet iedereen dat in je kerk zo, enzovoorts. Door middel van deze vragen kan de starheid/angst verminderen of veranderen. Tijdens de hulpverlening neem ik de klachten als insteek. Vervolgens kijk ik naar de achterliggende cognities/ basisideeën, zoals wat is bijvoorbeeld de invloed van angst op depressie (dit is niet eenvoudig). Door klachten die mensen ervaren, worden ze zich vaak bewust van hoe ze denken over God, mensen en over zichzelf. Als cliënten kunnen zien/ontdekken, van zo denk ik over God, maar dat is niet hoe God is (beschreven in de Bijbel), maakt het minder ingrijpend."

Hoe gaat u om met (religieuze) overdacht en tegenoverdracht?
"In de cognitieve gedragstherapie speelt dit denk ik niet zo'n belangrijke rol. Een congruente werkrelatie is denk ik het belangrijkste. Het bewust maken wordt besproken en niet de onderlinge processen worden besproken. De houding is veel directiever. Dingen worden besproken op een congruente manier in het hier en nu."

Tegen welke lancunes/problemen loopt u aan m.b.t. de integratie van geloof in therapie?
"Onjuiste verwachtingen die mensen soms hebben van een christelijke psycholoog. Bijvoorbeeld dat een christenpsycholoog heel erg goed is en dingen oplost. Soms hebben mensen wat onjuiste opvattingen over geloof en therapie."

“Daarnaast is het heel belangrijk om je bewust te zijn van je eigen pijnpunten tijdens het hulpverlenen aan cliënten. Ook als het gaat om punten/onderwerpen wat betreft het geloof. Zo heb ik zelf bijvoorbeeld een tijdje geen mensen behandeld die kwamen uit mijn eigen kerkelijke gemeente, omdat dit teveel verweven was met mijn eigen proces op dat moment.”

Waar liggen nog behoeften voor u op het gebied van geloof en therapie (te denken valt aan scholing, congressen, intervisie, etcetera)? En waar zou u nog meer over willen weten of weet u nog onvoldoende van?
“Ik ben zelf momenteel veel met mindfulness bezig. Dit is heel interessant en lijkt me ook leuk als de CVPPP hier iets mee zou doen. Vanuit de gedachtes van mindfulness wordt veelal uit boeddhistische bronnen geput. Het lijkt mij leuk om er in te verdiepen hoe dit meer vorm kan worden gegeven vanuit het christelijk geloof
Ik ben verder altijd wel bezig met cursussen te volgen. Alles wat met zingeving en bezinning te maken heeft, vind ik eigenlijk heel boeiend.”

“Verder lijkt het me altijd nuttig, om bijvoorbeeld nog wat conferenties/congressen bij te wonen die gaan over hoe om te gaan met boosheid. Gewoon heel praktische punten.”

“Wat ik ook heel leuk vind, dit is niet iets vanuit de CVPPP, maar is het schrijven van een geestelijke autobiografie wat ik heb gevolgd bij Marja Terlouw. Dit gaat over hoe je je eigen geestelijke ontwikkeling hebt doorlopen. Misschien is dit iets wat meer mensen leuk zouden vinden om te volgen, ook bij de CVPPP.”

Evaluatie

Hoe vond u het interview?
“Prima. Van te voren dacht ik oh nee, al die pittige vragen. Dit komt voornamelijk ook omdat ik hier zelf al eerder over heb nagedacht en daar een bepaalde weg in heb gevonden, terwijl ik begrijp dat voor jonge hulpverleners deze vragen heel actueel zijn.”

Heeft u nog aspecten gemist met betrekking tot geloof in hulpverlening, waarover u nog wat wilt toevoegen?
“Het is denk ik wel goed om te beseffen, dat ik denk dat het verschil maakt in welke fase je zit. Ik ben zelf al 20 jaar psycholoog, waardoor ik in een andere fase zit en mezelf ook meer begin te scharen tot de meer ervaren hulpverleners, dan de hulpverleners die net afgestudeerd zijn. Toen was ik zelf ook veel bezig met dit soort vragen. Op een gegeven moment vind je hier bepaalde antwoorden in, waardoor je, ook door praktijkervaring, in een andere fase terecht komt. Je hebt altijd een groep jonge hulpverleners waar deze vragen heel erg leven, waardoor zij andere behoeften hebben en op een ander niveau bewegen dan de meer ervaren hulpverleners. Behoeften zijn verschillend in het punt waar je bent. Hoewel het lastig is, zou de CVPPP hier misschien iets mee kunnen doen en bij kunnen aansluiten.”

5.2.2 Interview Yvonne Jansen

Deel 1: persoonlijke gegevens

Naam: Yvonne Jansen

Leeftijd: 42 jaar

Geslacht: Vrouw

Opleiding: WO psychologie Rijksuniversiteit Leiden (ontwikkelingspsychologie en klinische & gezondheidspsychologie)

Functie: Psycholoog en Coach

Sinds wanneer vervult u deze functie?
"Sinds 1996, 15 jaar geleden. Eerst heb ik 2 jaar bij Stichting Koinonia gewerkt en vervolgens ben ik mijn eigen praktijk gestart. Sinds twee jaar ben ik coaching erbij gaan doen."

Werkzaam bij: Praktijk Dagelijks Leven te Ede, mijn eigen praktijk.

Hoe zou u uw kerkelijke achtergrond omschrijven?
Evangelisch

Hoe lang bent u al betrokken bij de CVPPP?
Een paar maanden, vanaf oktober/november 2010

Deel 2: christelijk geloof en theorie/visie

Wat betekent het christelijke geloof voor u persoonlijk?
"God is alles voor mij. Hij is mijn Maker, mijn Vader, mijn Baas, Raadgever en Inspirator. Mijn Verlosser, mijn Bevrijder, Helper en Geneesheer. Hij is mijn Gespreksmaatje de hele dag door, Degene die alles weet - waar het ook over gaat. Elke dag opnieuw ben ik weer aan het leren wat het betekent om van Hem afhankelijk te zijn, in alle dingen die ik doe. Wanneer Hij niet de Bron en het Doel is, gaat het uiteindelijk altijd mis, dat heb ik wel ontdekt."

Wat is uw mensbeeld? Wat is hier specifiek christelijk aan? En hoe neemt u dit mee in het hulp verlenen aan cliënten?
"Het begint bij de erkenning van God als Maker; God heeft mensen gemaakt, met een ziel, een geest en een lichaam. Die zijn onderling zo met elkaar verweven dat ze elkaar voortdurend wederzijds beïnvloeden. Menselijke problematiek heeft vaak een lichamelijk, een psychisch en een geestelijk aspect. Dat erken ik en neem ik in de begeleiding mee, al betekent dat niet dat ik in mijn begeleiding daar altijd zelf iets mee doe.
Verder erken ik dat de echte werkelijkheid van God is. Wij mensen kunnen zo onze eigen werkelijkheid hebben, gevormd door wat wij wel of niet geloven, onze eigen ervaringen in ons leven, maar dat is altijd beperkt. Hoe God de dingen gemaakt en bedoeld heeft, zo werken ze. Net als de wet van de zwaartekracht; het maakt niet uit wat je ervan vindt, of je er in gelooft of niet; de zwaartekracht *is* er gewoon – en daar kunnen we maar beter rekening mee houden. Zo is de werkelijkheid van God meer waar dan onze eigen werkelijkheid. En Gods waarheid werkt eenvoudigweg – daar kunnen we ons dus maar beter aan houden en ons in verdiepen! Dit bepaalt hoe ik kijk, wat ik zie, waar ik op let, wat ik aangeef en uitleg.

Wetenschap is zinvol en erg leuk, wij mensen kunnen met ons verstand ontzettend veel ontdekken van hoe mensen in elkaar zitten. We kunnen allerlei principes ontdekken die God Zelf in de Schepping heeft gelegd. Tegelijkertijd is wetenschap ook beperkt en moeten we ervoor waken wetenschap op de troon van God te zetten.
Daarbij geloof ik dat we een levende God hebben die actief is in het heden. We hoeven het dus niet alleen met theoretische kennis te doen. God spreekt en handelt, Hij is intens betrokken bij een cliënt, en wat Hij wil doen gaat soms buiten "het normale" – dwars in tegen menselijk wetenschappelijke kennis – en dan bedoel ik de gangbare wetenschappelijke kennis die niet gestoeld is op Gods schepping en geen rekening houdt met God. Het is een menselijke regel dat hulpverlening wetenschappelijk moet zijn, alsof dat een garantie is voor dat het "goed" is. Maar wanneer help je iemand echt? Er kwam bijvoorbeeld een keer een vrouw met een ernstige darmziekte bij mij. Haar hulpvraag was om met haar darmziekte om te leren gaan. Zoals ik altijd doe wanneer ik mijn behandelplan maak, bad ik voor haar situatie en merkte bij mezelf een innerlijke weerstand tegen haar hulpvraag. Ik kreeg sterk het idee dat God deze vrouw wilde genezen. In eerste instantie was ik geschokt en vond het heel spannend om deze richting te kiezen. Deze overtuiging dat God haar wilde genezen was echter zo sterk, dat ik het niet kon of wilde negeren. In dit geval ben ik een traject met deze vrouw ingegaan waarbij we na een aantal hulpverleningsgesprekken samen naar een genezingsdienst van Jan Zijlstra geweest zijn. Daar werd bevestigd wat God me had laten zien en heeft God deze mevrouw ook genezen. Aansluitend hebben we nog een aantal hulpverleningsgesprekken gehad en kwamen nog allerlei psychische factoren en onverwerkte zaken vanuit haar verleden naar voren, en dat maakte de therapie compleet. Had ik haar geholpen door te doen wat zij wilde? Dit zijn situaties die (nog) niet vaak voorgekomen zijn, maar ik sta er open voor, wil niet van tevoren allerlei deuren sluiten."

"Het is belangrijk om bij het kader van de cliënt aan te sluiten. Tegelijkertijd ben je niet objectief; iedere hulpverlener werkt vanuit zijn eigen persoonlijkheid en referentiekader. Probleemsituaties van cliënten ontstaan vaak binnen een bepaald denkkader en als hulpverlener kun je mensen een ander kader aanreiken. Dit creëert een boeiend spanningsveld en vraagt om zorgvuldig professioneel handelen. Keuzevrijheid hebben vind ik essentieel. Je kunt mensen iets aanreiken en daarin oefen je invloed uit. Mensen kiezen echter uiteindelijk zelf."

Hoe kijkt u aan tegen conflicten dan wel integratie van wetenschap en christelijk geloof in de psychologische hulpverlening?
"Integratie van geloof en hulpverlening is vanzelfsprekend voor mij. Ik kan het niet van elkaar scheiden. Het is voor mij essentieel om God in mijn werk te betrekken; mensen zijn immers door God Zelf gemaakt, Hij heeft verstand van mensen – meer dan ik, met mijn beperkte menselijke wijsheid, inzicht en verstand.
Eén van de grootste conflicten heeft te maken met de oorzaken en oplossingen van problemen. Er kunnen verschillende oorzaken zijn voor eenzelfde problematiek. Zo kunnen er ook specifiek geestelijke oorzaken voor problemen zijn. Wanneer je die van tevoren uitsluit omdat je het geestelijke niet bij hulpverlening wilt betrekken, terwijl er wel een geestelijke oorzaak meespeelt, dan ben je eenzijdig bezig en is het effect van je hulpverlening beperkt.
Veel heeft te maken met kennis waarover je als hulpverlener beschikt met betrekking tot geest, ziel en lichaam. Zoals lichamelijke aspecten (kennis over de hersenen, hormonen, medicatie), maar ook over psychische aspecten (wil, denken, emoties) en geestelijke aspecten (de geest, de geestelijke wereld, en geestelijke principes over vergeving, zonde, gebondenheid). Ik begin dichtbij, in het natuurlijke, en ga zo nodig steeds verder de diepte in."

"Als iemand specifiek geestelijke hulp nodig heeft, adviseer ik cliënten naar het pastoraat te gaan, bijvoorbeeld naar de 'Healing Rooms' hier in Ede om gebed te ontvangen."

Zou u bijvoorbeeld iets kunnen zeggen over uw visie op ziekte en gezondheid?
"Gezondheid heeft te maken met harmonie; vrede in relatie met God, jezelf en andere mensen. Heel veel problemen hebben te maken met onze identiteit. Tijdens het opgroeien raken we veel van onze harmonie en identiteit kwijt met als gevolg allerlei lichamelijke en niet-lichamelijke ziektes. Ik heb wel eens gelezen dat huisartsen zelf aangeven dat 98% van de klachten niet lichamelijk zijn, maar psychisch. Emoties kunnen je letterlijk ziek maken. Daarin zie je weer hoe nauw verbonden ons lichaam en onze ziel is.
Zonde *kan* ook met ziekte te maken hebben. Zonde heeft een zware klank, roept een gevoel van schuld en veroordeling op. Maar zonde is feitelijk niet leven volgens de 'gebruiksaanwijzing' van onze Schepper. Er gaan dan veel zaken mis. Mijn ervaring is dat wanneer mensen gaan *begrijpen* wat zonde is en hoe dat hun leven en relaties vernietigt, dat begrip in een heel ander kader komt te staan, en hun hele houding verandert. Ik heb meegemaakt dat een cliënte in haar proces van herstel uiteindelijk wilde afrekenen met haar onvergevingsgezindheid. Vanuit haar hart koos ze ervoor haar broer, die haar lichamelijk mishandeld had, te vergeven. Vervolgens genas ze spontaan van de lichamelijke wonden van dat misbruik. Daarin zie je ook hoe bijna onvoorstelbaar krachtig principes van God kunnen werken.
Wat de Bijbel aangeeft, en waar de wetenschap zich bij aansluit, is dat het denken van de mens enorm belangrijk is. Psychische gezondheid heeft veel te maken met de manier van denken en is daarmee een essentiële ingang voor verandering."

Is er volgens u een onderscheid te maken tussen gezonde en ongezonde vormen van religie/of spiritualiteit? Hoe ziet u dat?
"Ik vind met name de twee uiterste geloofsbelevingen ongezond. Aan de ene kant de zwaar gereformeerde gezindte waarin mensen en het leven door een bril van zonde, veroordeling en wetticisme wordt gezien.
Aan de andere kant vind ik de extreem charismatische richting met zijn welvaartsevangelie net zo ongezond. Het leidt tot onverantwoordelijkheid ('God moet het allemaal doen'), hardheid ('als het slecht met je gaat, heb je te weinig geloof'), en vaak instabiele persoonlijkheden."

"Beide kanten hebben een ongezonde uitwerking op de persoonlijkheid, op relaties enzovoorts. Binnen het kader waarin mensen opgegroeid zijn en leven, ontstaan vaak de problemen waarmee mensen naar je toe komen. Uitgaande van dat kader probeer je veranderingen te bewerkstelligen. Daarin draag je onder andere kennis over en probeer je mensen een ander perspectief aan te reiken. Als kind groei je op met een bepaald beeld van de werkelijkheid, dat is als het ware de bril die je op hebt. Vaak weet je dan niet dat er ook andere manieren van kijken zijn. Dat is ook een taak van een hulpverlener, om mensen allereerst bewust te maken van hoe ze in het leven staan, wat ze denken en doen en waarom. Wanneer mensen nieuwe dingen gaan doen of zaken op een andere manier gaan aanpakken en ze dus ook andere dingen gaan ervaren, ontstaat er ruimte om nieuwe keuzes te maken. Je kunt mensen helpen om van binnenuit, dus vanuit hun hart hun weg te kiezen. Dat is werkelijke vrijheid. Het gaat er dus niet om dat mensen uiteindelijk de manier van leven kiezen die ik goed vind of in gedachten heb, maar dat cliënten zelf hun keuzes leren maken."

Wat is uw visie op geloof en hulpverlening? Uw affiniteit met levensbeschouwing t.o.v. hulpverlening/de meerwaarde wat het christelijke geloof te bieden heeft in hulpverlening?
"Ik vind dat geloof en hulpverlening onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. In Nederland zie ik in de professionele hulpverlening weinig ruimte voor geloof, terwijl in het pastoraat de professionaliteit soms ver te zoeken is. Wat ik graag zou zien is dat er een eigen christelijke visie op hulpverlening zou komen. Ik zou graag zien dat christenhulpverleners een model gaan ontwikkelen op basis van het principe geest, ziel en lichaam.

Ook veel christelijke hulpverleners vinden het vaak bedreigend om geloof bij de hulpverlening te betrekken. Tevens is er een gevaar dat hulpverleners worden gezien of zichzelf gaan zien als god door alle (wetenschappelijke) kennis. Het is een verleiding om puur op menselijk kunnen te gaan leunen. Ik geloof in mijn persoonlijke professionaliteit en verantwoordelijkheid waarin ik tegelijkertijd ruimte bied dat God bovennatuurlijk kan ingrijpen en herstellen."

Deel 3: Praktijk

Hoe beschrijft u uw therapeutische houding/attitude als het gaat om uw christen-zijn?
"Mijn basishouding is er één van respect, ruimte geven en tegelijkertijd (met een glimlach) weten dat mensen er volkomen naast kunnen zitten. Boven op mijn professionele attitude heb ik de overtuiging dat God met iemand bezig is en ik vind het belangrijk om daar in mee te gaan, daarin proberen samen te werken met God. Daar bid ik ook voor, dat God mijn ogen opent voor Zijn werk en ik niet te veel ga vertrouwen op mijn eigen inzichten en jarenlange ervaring.
Het is ook niet zo dat ik altijd iemand verder help. Soms kan ik mensen niet verder helpen, het klikt of werkt niet altijd. Mensen willen dan bijvoorbeeld alleen praten, maar niet veranderen. Niet iedereen wil ook echt iets aan zijn problemen doen. Soms help ik mensen meer door een grens aan te geven, de hulpverlening te stoppen. Ik heb meermalen meegemaakt dat mensen daar zo van schrokken dat het kwartje ineens viel en ze zeer gemotiveerd aan de slag gingen. Het is net wat mensen nodig hebben. Je kunt verschillende rollen hebben. Een hulpverlener kan zijn als een leeuw en als een lam. Soms is het nodig om te 'brullen', te confronteren, een schokbeweging bij mensen te creëren waardoor ze bijvoorbeeld uit een slachtofferhouding komen en soms ben je gevoelig en zacht. Beide zijn onderdeel van een liefdevolle houding die oprecht het welzijn van de cliënt voor ogen heeft."

Hoe ziet u een geestelijke duiding die een cliënt kan geven aan een ervaring (bijvoorbeeld als men aangeeft God te horen spreken; of aangeeft een visioen te hebben gehad enzovoorts)? Hoe gaat u hiermee om?
"Ik geloof in geestelijke ervaringen, beelden, dromen, visioenen, profetieën. Ik sta er open voor dat cliënten dat kunnen meemaken. Tegelijkertijd zijn mensen maar mensen, en kunnen we er soms heilig van overtuigd zijn dat iets van God is, terwijl het gewoon onze eigen gedachten, emoties of wil kunnen zijn. Je gevoel kan heel misleidend zijn. Daar moet je alert op zijn. Ik neem daarom nooit iets standaard aan. Als ik twijfel dan vraag ik op dingen door. Psychologisch en geestelijk inzicht helpt me om hier onderscheid in te maken – en daar leer ik nog steeds in."

Zijn er bepaalde vormen van psychopathologie waarin u een duidelijke invloed van/verwevenheid met het christelijke geloof ziet?
"Psychiatrische problemen kunnen te maken hebben met geestelijke zaken, bijvoorbeeld demonische gebondenheid of een verstorend effect van jarenlange onvergevingsgezindheid of een verstoord godsbeeld. Uiteindelijk speelt christelijk geloof door alles heen. Er zijn psychiatrische stoornissen die een lichamelijke oorzaak hebben. Maar vaak worden psychiatrische stoornissen uitsluitend medisch benaderd terwijl het eigenlijk helemaal niet duidelijk is of het wel lichamelijk is. Ik denk dat er juist op dit gebied nog veel te ontdekken valt over de wisselwerking tussen geest, ziel en lichaam.
Daarbij denk ik dat we in deze maatschappij een enorm gebrek aan verbondenheid hebben, en dat veel psychische verstoringen daaruit voortkomen. Wat dat betreft zou ik willen dat mensen met een psychiatrische stoornis niet in een inrichting zouden zitten, maar deel kunnen uitmaken van gezonde gezinnen en gemeentes waarin ze kunnen proeven wat liefde is. Liefde geneest, meer dan we wel eens denken."

Deel 4: Religieuze interventies

Welke religieuze interventies (te denken valt aan het gebruik van de Bijbel, rol van gebed, muziek, etcetera) past u toe in het contact met uw cliënt?
"Alle interventies gebruik ik eigenlijk wel. Niet altijd, niet bij iedereen, het is deels afhankelijk van het kader en de wens van de cliënt. Soms leg ik een Bijbeltekst uit, bijvoorbeeld in het kader van 'je zorgen maken', of komen principes uit de bijbel ter sprake. Een film- of muziekfragment gebruik ik ook wel eens. Er zijn zo veel weggetjes die je kunt bewandelen om bij iemands hart te komen.
Veel mensen zijn beschadigd door het gebruik van de Bijbel en/of gebed. Helaas is er ook religieuze manipulatie, ook in hulpverleningssituaties. Wat dat betreft is het goed ook kritisch naar jezelf te kijken. Ik bid dus niet standaard met cliënten. Ik ga hierin op mijn intuïtie af. Soms bid ik juist bewust niet met mensen, bijvoorbeeld wanneer ze God willen 'gebruiken' om hun eigen verantwoordelijkheid niet te hoeven nemen.
Natuurlijk kun je ook spreken vanuit goddelijke principes zonder dat je direct over God praat. Lang niet alle gesprekken gaan over God of geloof, het is dan meer het onderliggende kader waaruit ik spreek en handel."

Speelt pastoraat ook een rol? Zo ja, hoe werkt u samen met pastores/het pastoraat?
"Ik werk niet actief samen met het pastoraat, dat is tot nog toe niet nodig geweest.
Wanneer ik denk dat mensen meer of heel specifiek gebed nodig hebben of een bepaalde conferentie passend zou zijn, dan geef ik dat wel aan. Ik ben enthousiast over de 'Healing Rooms' in Ede. Ik maak vaak mee dat wanneer mensen naast mijn begeleiding daarheen gaan, inzichten en veranderingen vaak sneller plaatsvinden.
Ik begeleid veel studenten van de CHE en heb van daaruit wel contact gehad met de hogeschoolpastor zowel om kennis te maken als om te kijken wat we voor elkaar zouden kunnen betekenen. Ik vind het belangrijk om zulke netwerken te hebben."

Welke (geloofs)thema's vindt u moeilijk om mee om te gaan in therapie? Hoe gaat u hier mee om?
"Dat weet ik eigenlijk niet. Er zijn op dit moment geen speciale thema's in de begeleidingen die ik specifiek lastig vind. Het belangrijkste thema in de hulpverlening is: hoe veranderen mensen? Met deze vraag ben ik constant bezig om antwoorden daarin te vinden. Wat maakt dat mensen veranderen?"

Wat voor rol speelt God volgens u in hulpverlening? Welke godsbeelden die mensen hebben ziet u terugkomen bij cliënten? Hoe gaat u om met deze godsbeelden in het contact met cliënten?
"Wat voor rol God speelt, hangt deels af van de ruimte die je God geeft als hulpverlener. Tegelijkertijd is God soeverein en doet Hij wat Hij wil. Naast mijn eigen professionaliteit zie ik Gods rol als essentieel in de hulpverlening. God kan ervoor zorgen dat een cliënt zaken gaat zien, Hij kan tijdens gebed cliënten aanraken in hun emoties, hun gedachten of hun wil, of Zichzelf openbaren. Hij kan mij als kanaal gebruiken en kan ook aan mij rechtstreeks zaken openbaren die ik anders niet zou kunnen weten. Naast mijn professionele analyse en interventies brengt God een extra dimensie in de hulpverlening.
Godsbeelden die ik vooral terug zie komen, is God als de strenge Rechter, de God die vooral oordeelt en niet betrokken is. Je godsbeeld hangt nauw samen met je zelfbeeld. Mijn ervaring is dat wanneer mensen dichter bij zichzelf komen, God ook dichterbij komt. Godsbeelden zijn vaak heel krachtig, gevormd door woorden en ervaringen tijdens het opgroeien, maar kunnen veranderen. Niet altijd even gemakkelijk, het kan heel lastig zijn om God echt anders te gaan zien. Dit omvormen kan beginnen tijdens de gesprekken met een cliënt, maar er is vaak heel wat meer voor nodig."

Hoe gaat u om met (religieuze) overdracht en tegenoverdracht?
“Ik probeer mijn houding, interventies en reacties zo goed mogelijk te gebruiken vanuit de vraag: is mijn cliënt daarmee geholpen?”

Tegen welke lacunes/problemen loopt u aan m.b.t. de integratie van geloof in therapie?
“Ik kom nog wel eens hulpverleners tegen die erg huiverig zijn geloof in hun therapeutische begeleidingen te integreren. Terwijl het wel heel vaak de behoefte van cliënten is om God er bij te betrekken. Zorgvuldigheid is goed, maar ik zie vaak een te grote terughoudendheid. Wat dat betreft speelt naast de persoonlijkheid en eigen normen en waarden, het godsbeeld van de hulpverlener zelf een grote rol, evenals de eigen manier van omgaan met problemen. Interessante vraag is natuurlijk welke wereldse therapieën en theorieën je als christenhulpverlener gebruikt, hoe je daarin onderscheid maakt?”

Waar liggen nog behoeften voor u op het gebied van geloof en therapie (te denken valt aan scholing, congressen, intervisie, etcetera)? En waar zou u nog meer over willen weten of weet u nog onvoldoende van?
“Veel seminars en dergelijke die georganiseerd worden vind ik óf te wetenschappelijk gericht of juist te pastoraal. Ik hoop dat er een echt professioneel christelijk hulpverleningsmodel ontwikkeld wordt, waarin psychologie en pastoraat elkaars expertise benutten en versterken. Ik zou veel meer willen leren over de wisselwerking tussen geest, ziel en lichaam. Ik geloof dat christenen het onderscheid kunnen maken waar het gaat om hulpverlening.”

Evaluatie

Hoe vond u het interview?
“Leuk. Het over dit onderwerp te hebben, dingen hierover te vertellen was heel leuk. De tijd was natuurlijk te kort, het onderwerp heeft zo veel verschillende aspecten, en ik moest me beperken. Ik vind het een heel interessant ontdekkingsgebied.”

Heeft u nog aspecten gemist met betrekking tot geloof in hulpverlening, waarover u nog wat wilt toevoegen?
“Ik heb geen dingen gemist.”

5.2.3 Interview Rens Filius

Deel 1: persoonlijke gegevens

Naam: Rens Filius

Leeftijd: 53 jaar

Geslacht: man

Opleiding:
- Psychologie, afstudeerrichting Klinische Psychologie Vrije Universiteit Amsterdam
- Biola University Rosemead Graduate School of Psychology, La Mirada California America
- Opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog
- Opleiding tot psychotherapeut
- Opleiding tot symbooldrama therapeut

Functie: gezondheidszorgpsycholoog/psychotherapeut

Sinds wanneer vervult u deze functie?
"In Amerika ben ik begonnen als psycholoog vanaf 1986. Daarna in Nederland vanaf 1988. Ik ben nu dus 23 jaar werkzaam."

Werkzaam bij:
"Ik heb mijn eigen praktijk, Dr. R.J. Filius, psycholoog (dit is de officiële bedrijfsnaam). Dit is onderdeel van de Coöperatieve Vereniging Eliagg (dit is een samenwerkingsverband). Deze vereniging bestaat momenteel uit 14 mensen (psychologen/psychotherapeuten) door het hele land. Waarvan er 5 mensen komen te werken in Uithoorn, waarvan 4 in opleiding (2 tot gezondheidspsycholoog die bijna klaar zijn met de opleiding en 2 die beginnen met de opleiding)."

Hoe zou u uw kerkelijke achtergrond omschrijven?
Evangelisch

Hoe lang bent u al betrokken bij de CVPPP?
"Vanaf de eerste dag (de CVPPP is opgericht op 16 maart 1990). Ik was de eerste voorzitter. De laatste 10 jaar ben ik niet meer zo betrokken. Dit komt onder andere omdat ik meer actief ben geworden in de kerk, ik ben oudste geworden wat veel tijd kost. Ik doe af en toe nog wel wat voor de CVPPP, zoals het schrijven van een artikel."

Deel 2: christelijk geloof en theorie/visie

Wat betekent het christelijke geloof voor u persoonlijk?
"Heel veel. Voor mij is het belangrijkste dat ik een relatie mag hebben met Jezus Christus en daarmee ook een kind van God mag zijn. Vanuit die relatie voel ik dat ik stage loop hier op aarde en er allerlei moeilijkheden op mijn weg komen. Hierbij mag ik leren om onder Gods leiding dingen te doen voor mensen. Dit houdt me elke dag bezig."

Wat is uw mensbeeld? Wat is hier specifiek christelijk aan? En hoe neemt u dit mee in het hulp verlenen aan cliënten?
"Ik vind mensen dubbel, in die zin dat ze zowel goede als slechte dingen hebben. Als je de boel zijn gang laat gaan, gaat het niet goed. Dan zijn mensen geneigd tot structuurloosheid,

korte termijn belangen. Zonde valt grotendeels samen met die korte termijn belangen. Dat je op korte termijn iets wilt hebben, haast hebt of snel genot wilt hebben. Dit is één kant van de zonde, de andere kant is dat je sterk je eigen doelen hebt. Je eigen belangen voorop zet. Egoïsme, trots en dat soort zaken. Als mensen geen tegenwicht hebben, vervallen ze hier heel makkelijk in. Dat is één kant. Mensen zijn ook in staat tot hele creatieve, mooie, opofferende daden of om heroïsche daden te verrichten. Mensen zijn ook in staat om hele belangrijke goede dingen te doen en zichzelf in die zin te overstijgen. Een mens kan niet aan de normen van God voldoen, zoals God dat gevraagd heeft. Ieder mens heeft de Here Jezus nodig om uiteindelijk tot zijn bestemming, bij God, te komen."

"Vanuit Bijbelse noties en christelijke ideeën heb ik het idee dat je wat meer in balans bent ten aanzien van goed en slecht. Dat je daarin niet al te optimistisch bent, maar ook niet pessimistisch. Er is altijd hoop voor mensen. Dit heeft een rechtstreeks gevolg dat je het niet snel opgeeft met mensen, omdat je weet dat er hoop is, ook buiten dit leven om.
De andere kant is dat je ook oog hebt voor het kwaad in mensen. Dat je niet alles maar goed vindt, beaamt of ermee instemt. Je bent geen applausmachine. Je doet er goed aan als hulpverlener om ook af en toe een kritische kanttekening te maken binnen het referentiekader van de cliënt, maar ook binnen het referentiekader van de realiteit. Sommige mensen leven zo in fantasie, dat je ze wakker dient te schudden in de realiteit. Ik zal zelf niet zo snel over zonde beginnen als mensen dit niet geloven, maar wel over het verschil van korte en lange termijn belang, hen daarop wijzen en wakker schudden. Zo van: 'wees niet teveel gericht op de korte termijn, denk eens na'."

Hoe kijkt u aan tegen conflicten dan wel integratie van wetenschap en christelijk geloof in de psychologische hulpverlening?
"Het conflict is voor mij niet zo groot in de hulpverlening, omdat in de praktijk in de toepassing van de wetenschap zaken meestal niet zo op de spits gedreven worden. Maar in de wetenschap zijn er mensen die niet bescheiden zijn in wat de wetenschap is of kan. De wetenschap sluit per definitie bovennatuurlijke krachten/oorzaken uit. Wat we niet kunnen waarnemen daar moeten we over zwijgen, zegt de wetenschap. Daardoor ontstaat soms dat wetenschappers niet zo bescheiden zijn. Soms worden er, vanuit bijvoorbeeld een evolutionistische visie, allerlei uitspraken gedaan over wat goed en fout is op bijvoorbeeld moreel gebied of over het bestaan, de functie van godsdienst, hoe godsdienst werkt etcetera. Dan treedt de wetenschap buiten zijn zelf opgelegde kaders. Daar kan wel een zeker spanningsveld in zitten. Ik zelf ervaar het niet als een groot spanningsveld, omdat ik zie dat de wetenschap ook een soort stelsel van menselijke spelregels is. Een menselijke interessante activiteit, maar die niet het laatste woord heeft over de waarheid. Zeker niet als het gaat over dingen die we niet kunnen zien of meten. De wetenschap dient zich in mijn ogen bescheiden op te stellen, zeker ten opzichte van religieuze vragen."

Zou u bijvoorbeeld iets kunnen zeggen over uw visie op ziekte en gezondheid?
"Ja, twee dingen:
- in de psychologie heb je te maken met ontwikkelingsfenomenen. Mensen stagneren dan in een bepaalde ontwikkeling. Dit hoeft niet altijd tot uitval of niet goed functioneren te leiden (kan wel leiden tot structurele problemen in het leven), zoals bij ziekte vaak het geval is. Bij ziekte heb je vaak de definitie dat er iets niet goed functioneert en leidt tot uitval zoals met werk en studie. In de psychotherapie heb je meer te maken, met emotionele groei en ontwikkeling en daarin wordt ook de gestagneerde groei meegenomen. Terwijl bijvoorbeeld eerstelijnspsychologen meer klachtgericht werken aan angst of depressie wat meer past bij het ziektemodel dan bij het groeimodel.
- het is wel zo dat bij een crisis op psychologisch gebied, zoals een angst of depressie er mogelijkheden tot verdere groei zijn of dit tot een moment van herbezinning kan leiden."

Is er volgens u een onderscheid te maken tussen gezonde en ongezonde vormen van religie/of spiritualiteit? Hoe ziet u dat?
“Ja. Het is belangrijk om te onderscheiden of er bij religie sprake is van een relatie met God. Eigenlijk of het dus van God is of niet. Zonder relatie noem ik het religie. Met zo’n relatie vormt het volgens mij het ideaal van het christelijke geloof. Maar toch met gebruik van het woord religie zijn er 4 categorieën:
1. Ongezonde religie, zonder een relatie met God
2. Ongezonde religie, vanuit een relatie met God
3. Gezonde religie zonder relatie met God
4. Gezonde religie vanuit een relatie met God
Het ongezonde zit hem hier voor mij in, namelijk in het motief of de structuur. Het motief wat dubieus of ongezond is, is angst. De structuur die psychologisch ongezond is, zit in het magisch denken (magisch denken is: zoals kinderen de wetten van de logica geweld aandoen. In de beleving van een kind kan zomaar iets verdwijnen, doordat iets uit het zicht is. Zo kunnen ook volwassen dingen geloven, linken leggen tussen dingen die niet met elkaar verbonden mogen worden. Zoals dat ze ziek worden en dit meteen zien als een straf van God. Er wordt een betekenis gehecht aan iets wat niet zo mag worden gedaan). Dit kan te stellig of te los zijn. Alles wat geen basis heeft in een geschrift of traditie, wat vanuit een christelijk perspectief niet terug te vinden is in de Bijbel en niet te toetsen aan de Bijbel is, zou ongezonde religie kunnen zijn. Het is dan te los.
Aan de andere kant kunnen er allerlei religieuze fenomenen zijn, terwijl dit iets is van mensen zelf is en niet iets vanuit God, maar wat zij wel claimen. Er kunnen allerlei manifestaties zijn die een mens zelf opwekt. Denk bijvoorbeeld aan iemand die gelooft een roeping van God te hebben, terwijl hij/zij allerlei godsdienstige dingen doet die de plank volledig mis slaan. De vruchten zijn er niet of kloppen niet. Een voorbeeld uit de Bijbel is Paulus. Hij dacht God te dienen door christenen te vervolgen, maar later bleek dat niet zo te zijn.”

“Mensen met wanen, psychotische beelden kunnen heel godsdienstig zijn. Zij kunnen verkeerd bezig zijn. Het kan zijn dat het uit hen zelf komt en niet van God is. Het gebrek aan toetsing maakt het met name ongezond. Mensen kunnen ook te stellig zijn, ze luisteren niet naar anderen en laten zich in die zin ook niet corrigeren of toetsen.
Het ongezonde van magisch denken of van bijgeloof, is de quasiwetenschappelijke gedachtestructuur of logica: als ik dit doe, doet God dat (gebeurt er dat). Daar is dan ook, net als bij angst, geen sprake van een dragende vertrouwensrelatie. Ik kom overigens vaak een mengeling tegen van ongezonde en gezonde elementen in het geloof.”

Wat is uw visie op geloof en hulpverlening? Uw affiniteit met levensbeschouwing t.o.v. hulpverlening/de meerwaarde wat het christelijke geloof te bieden heeft in hulpverlening?
“De primaire focus ligt op hoe mensen functioneren, hoe het bij mensen werkt. Ik ben heel erg gericht op wat werkt, wat niet werkt en hoe kan het beter gaan werken. Dit noem ik ook wel het structuuraspect van mensen. Mensen hebben een bepaalde levensgeschiedenis, ervaringen, gewoontes die ze hebben opgedaan, etcetera. Dingen die aangeleerd, aangewend of zelfs aangeboren zijn. Dit noem ik de structuur (het structuuraspect) van een mens.
Als gaat om geloven, gaat het om keuzes die je dient te maken. Dit noem ik het richtingsaspect. In mijn werk met mensen richt ik mij veel meer op mensen helpen hun structuur te verbeteren, dan dat ik richting aangeef. Mensen mogen zelf richting kiezen. Als ik verbaasd ben over de richting die mensen opgaan, kan ik daar natuurlijk wel dingen over vragen.
Vanuit het pastorale oogpunt gezien, ligt meer de nadruk op keuzes (richtingsaspect) en dus minder op het structuuraspect.”

“Voor mensen die gelovig zijn, heeft het christelijke geloof in de hulpverlening zeker een meerwaarde. Voor niet-gelovigen is dit niet meteen zo. Ik zie mezelf niet als iemand die het Evangelie dient te verkondigen in dit werk. Wel kan ik in mijn werk, als het gaat om cliënten die geen christen zijn, een getuigenis uitdragen. Dit door bijvoorbeeld zorgvuldig te werk te gaan, goede kwaliteit te leveren, enzovoorts.
Ten aanzien van christenen zit de meerwaarde hier vooral in, dat je ze als christelijke hulpverlener beter begrijpt. Mensen praten makkelijker over hun relatie met God, als ze weten dat de hulpverlener dat ook herkent/daar vanuit leeft. Het kan afschrikken als cliënten te maken hebben met hulpverleners die hen niet begrijpen, adviezen geven die ver van een cliënt kunnen afstaan of haaks op de principes/het geloof van de cliënt staan. Als christelijke hulpverlener ken je het referentiekader van een cliënt, waardoor je ook beter bij de cliënt kunt aansluiten. Er is een stuk herkenning en erkenning.”

Deel 3: Praktijk

Hoe beschrijft u uw therapeutische houding/attitude als het gaat om u christen-zijn?
“In eerste instantie ben ik wat terughoudend, omdat ik de cliënt ruimte wil geven en niet evangeliserend bezig wil zijn. Als ik echter weet hoe de ander er in staat, dan kan ik ook heel nadrukkelijk dingen meegeven, zoals Bijbelse gedachten, noties enzovoorts. Maar alleen als het aansluit bij het referentiekader van de cliënt en bijdraagt aan de therapeutische doelstellingen.
Bij niet-christenen is er niet direct een meerwaarde. Ik zou het laten zien door mijn houding, door kwaliteit te leveren, zorgvuldig mijn werk te doen, enzovoorts.”

Hoe ziet u een geestelijke duiding die een cliënt kan geven aan een ervaring (bijvoorbeeld als men aangeeft God te horen spreken; of aangeeft een visioen te hebben gehad enzovoorts)? Hoe gaat u hiermee om?
“In eerste instantie zal ik dit (naïef) accepteren. Ik zal hier niet aan twijfelen en neem het aan. Tenzij ik redenen heb om dit te bevragen. Het is belangrijk om bij alles te kijken wat de functie hiervan is. Als het bij het beeld van iemand past dat hij hierdoor allerlei dingen gaat vermijden, dan zal ik dat ter discussie stellen. Door bijvoorbeeld te zeggen: ‘het valt me op dat God jou dit laat zien, maar ik begrijp het niet zo. Ik kan me niet goed voorstellen dat God niet wil dat je die en die ervaring uit de weg gaat’.”

Zijn er bepaalde vormen van psychopathologie waarin u een duidelijke invloed van/verwevenheid met het christelijke geloof ziet?
“Er zijn allerlei problemen die mensen ervaren, zoals angsten, depressie, wanen, waar een godsdienstige kleuring aan kan komen te zitten, maar die niet intrinsiek is aan de stoornis. Mensen kunnen allerlei obsessies hebben en als het om geloof gaat kan dit zich bijvoorbeeld uiten in dwangmatig bidden. Ik zie hierin geen intrinsiek verband. Je zou bijvoorbeeld kunnen denken dat in de zwaardere kringen, waar meer wordt gesproken over de strenge kanten van God, misschien meer depressies kunnen voorkomen dan in andere kringen. Ik kan me voorstellen dat hier een kern van waarheid in zit en er wordt gesproken over een depressogene godsdienst. Maar ik kom dit weinig tegen. Ik zie het eerder en vaker andersom. Er is eerst psychopathologie en dat wordt gekleurd en beleefd door de relatie met God.”

Deel 4: Religieuze interventies

Welke religieuze interventies (te denken valt aan het gebruik van de Bijbel, rol van gebed, muziek, etcetera) past u toe in het contact met uw cliënt?
“Typisch religieuze interventies, zoals Bijbel lezen en bidden, behoren naar mijn mening tot de praktijk van het pastoraat. Ik wil dit duidelijk onderscheiden, het pastoraat van de

hulpverlening. Psychologische hulpverlening is geen pastoraat. Het toepassen van religieuze interventies doe ik niet standaard. Alleen als ik het nuttig acht om bijvoorbeeld iets te laten lezen uit de Bijbel. Als iemand bijvoorbeeld zegt 'ik moet toch vergeven', dan kan ik de Bijbel er bij pakken om deze persoon een tekst te laten lezen, waardoor het moeten vergeven in een ander licht komt te staan. Soms hebben mensen bepaalde opvattingen, die niet kloppen. Zoals bij het onderwerp boosheid. Dat boosheid er niet mag zijn in het leven als christen.
Ik bid gewoonlijk niet met cliënten. Wel kunnen er situaties zijn waarin gebed steunend kan zijn tijdens structurerende begeleidingen."

Speelt pastoraat ook een rol? Zo ja, hoe werkt u samen met pastores/het pastoraat?
"Het kan zijn dat iemand echt baat heeft bij pastoraat of bij pastorale begeleiding. Dan stuur ik mensen door naar de kerkelijke gemeente waarbij zij zijn aangesloten."

Hoe kijkt u aan tegen bevrijdingspastoraat en het thema demonie en bevrijding?
"De hoofdzaak is dat het bevrijdingspastoraat niet iets is waar ik deskundig in ben of wat behoort tot mijn beroepsgroep. Bij het verwijzen naar het bevrijdingspastoraat, doe ik dat alleen binnen/naar de gemeente van de persoon zelf. Niet naar speciaal pastoraat buiten de gemeente van een cliënt en wat daar los van staat.
Ik zal niet zeggen dat bezetenheid niet bestaat of voorkomt. Niet alles is te psychologiseren. Het is soms lastig om te onderscheiden, zeker als het gaat om dissociatieve verschijnselen, of het een geestelijke oorzaak heeft dan wel bezetenheid is. Er is veel overlap in de symptomen zoals die her en der beschreven worden. Ik ben geneigd om eerst goed te kijken naar de psychologische verschijnselen. Pas veel later ben ik geneigd te kijken naar een geestelijke/demonische oorzaak, want dat kan natuurlijk wel het geval zijn. De boze kan iemand pakken op zijn zwakke plekken. Vaak is de psychologische invalshoek voldoende. Het kan zo zijn dat een cliënt dan al tevreden is.
Ik ga in ieder geval geen discussie aan met de cliënt, net als wanneer het gaat om bijvoorbeeld gezondheidsklachten. Als ik duidelijk weet dat iemand actief is geweest met occulte zaken, zoals geesten oproepen, dan ben ik geneigd om mensen door te verwijzen naar het pastoraat binnen hun eigen gemeente. Ik zal mensen niet gericht doorsturen naar bepaald bevrijdingspastoraat buiten hun gemeente, omdat ik zo verantwoordelijkheid ga dragen als hulpverlener, waar ik niet garant voor kan staan. Ik steun mensen in het zelf zoeken van een geschikte plaats. Ik laat de verantwoordelijkheid bij de cliënt liggen. Ook vanuit beroepsethisch perspectief vind ik het belangrijk om zo te handelen, omdat ik er op aanspreekbaar ben naar wie ik doorverwijs."

Welke (geloofs)thema's vindt u moeilijk om mee om te gaan in therapie? Hoe gaat u hier mee om?
"Ik vind het moeilijk als mensen bewust tot geloof zijn gekomen, actief zijn (geweest) en vervolgens afvallen van hun geloof. Dit vind ik lastig. Zeker als er allerlei psychologische redenen zijn die de kink in de kabel veroorzaken, waardoor mensen hun geloof laten vallen. Ik zou graag als hulpverlener hen dan een zetje willen geven om het geloof weer op te pakken. Ik ben dan geneigd om snel een hint te geven, maar dat probeer ik natuurlijk niet te doen.
Ik vind het ook lastig als mensen willens en wetens ongehoorzaam zijn en het foute/verkeerde doen. In de trant van het geloof of los van het geloof iets fouts doen. Je hebt hierin toch je vertrouwelijkheid als hulpverlener, hoe ver ga je hier in. Soms leven mensen op een manier die niet klopt, die niet integer is. Ik ga met respect met hen om, houdt hen voor dat het hun keuze is en houd dit mezelf ook voor, maar dat vreet wel eens aan me."

Wat voor rol speelt God volgens u in hulpverlening? Welke godsbeelden die mensen hebben ziet u terugkomen bij cliënten? Hoe gaat u om met deze godsbeelden in het contact met cliënten?
"Het is lastig om te zeggen wat God doet en wat mensen doen. Veel mensen zijn geneigd om alles wat ze niet kunnen verklaren toe te schuiven naar 'dat zal God dan wel zijn'. De

gaten (zoals bij kaas) in mijn kennis is dan God. Maar als je meer kennis krijgt, wordt God kleiner, zo lijkt het. Alles wat ik niet begrijp, zoals een gebedsverhoring, zal God dan wel zijn. De gewone dingen die je wel begrijpt, kunnen ook Gods werk zijn. Dan bestaat het gevaar dat je God daar niet de eer voor geeft.
Mijn standpunt is dat God niet alleen de bijzondere ingrepen doet in deze wereld, maar ook de schepping draagt. Niets gebeurt zonder zijn goedkeuring, genade, kracht, liefde, etcetera. God is er in de zonnestraaltjes, in de zwaartekracht, maar ook in de groei/verbetering die iemand boekt in de hulpverlening. Het is dan ook belangrijk om God daarvoor te danken. Ik heb een breed beeld van God, waardoor ik niet zo snel in conflict kom met wat ik niet begrijp. Veel mensen hebben een te klein beeld van God, dat is een godsbeeld die ik vaak tegen kom. Mensen die depressief zijn, voelen zich bijvoorbeeld snel schuldig tegenover God. Als ze de Bijbel lezen, dan springen precies die negatieve, strenge beelden er uit. Selectieve waarneming speelt dan een grote rol.
Mijn visie is dat het weinig zin heeft om godsbeelden rechtstreeks te bestrijden. Op lange termijn door structurele groei in de persoonlijkheid, door het functioneren van het verbeteren van het geweten en vertrouwen in relaties, zal er ook een verandering optreden in het godsbeeld. Het werken aan de structuur is de weg naar het kunnen verdragen van een positief godsbeeld en het kunnen accepteren van de genade van God. Een negatief godsbeeld zie ik meestal als een gevolg van zwakte in de persoonlijkheidsstructuur."

Hoe gaat u om met (religieuze) overdacht en tegenoverdracht?
"Ik zie overdracht als een kans om dieper te komen, vooral bij positieve overdracht. Echter wanneer je veel gemeenschappelijk hebt op geloofsgebied, bestaat het gevaar van een gezamenlijke blinde hoek. Als ik negatieve overdracht merk/negatieve gevoelens richting mij dan zal ik dat proberen te onderzoeken en te benoemen. Vervolgens kijken we wat we er mee kunnen. Negatieve overdracht probeer ik dus ook te gebruiken.
Tegenoverdracht is dat ik vanuit mijn geschiedenis getriggerd wordt door de ander. Dat ik iemand te veel probeer te redden. Bij alle overdracht geldt dat het belangrijk is om jezelf als hulpverlener te toetsen en daarin te begrijpen. Als tegenoverdracht tot fouten leidt, probeer dit te erkennen, toe te geven en te bespreken. Supervisie/intervisie met collega's kan hierin heel erg helpen. Hierin bevraag je elkaar, van waarom doe je dat, waarom zeg je dat, enzovoorts."

Tegen welke lancunes/problemen loopt u aan m.b.t. de integratie van geloof in therapie?
"Tijdsproblemen. Ik ben een beetje dyslectisch, dus ik zou eigenlijk veel meer willen schrijven en lezen dan dat ik nu doe. Ook zou ik meer les willen geven aan jongere collega's. Dit zou ik nog veel willen doen."

Waar liggen nog behoeften voor u op het gebied van geloof en therapie (te denken valt aan scholing, congressen, intervisie, etcetera)? En waar zou u nog meer over willen weten of weet u nog onvoldoende van?
"Dat ik meer tijd zou hebben, waardoor ook weer meer mogelijkheden om dingen uit te denken."

"Met betrekking tot de CVPPP zou het mij goed lijken als de studiedagen en congressen een heel praktische invalshoek zouden hebben. Onderwerpen als relatietherapie en geloof, om daar meer aandacht aan te geven. Niet van die hoogdravende thema's, maar heel praktische punten. Of de samenwerking met het pastoraat als er sprake is van een crisis, Emotion Focussed Therapy. Ik ben zelf best wel filosofisch ingesteld, maar heb wel behoefte aan het praktische. Ik verwacht dat dit goed aansluit, ook bij jonge collega's."

Evaluatie

Hoe vond u het interview?
Ik vond het leuk. Goede vragen.
Heeft u nog aspecten gemist met betrekking tot geloof in hulpverlening, waarover u nog wat wilt toevoegen?
Misschien dat je nog wat vragen zou kunnen toevoegen over ethische aspecten. Zoals: Hoe grens je christenpsychologie af met betrekking tot het pastoraat? Hoe je christenpsychologie afgrenst met betrekking tot beroepsnormen en protocollen, verzekeraars, etcetera. Hoe ver ga je bijvoorbeeld in een behandeling, wat vinden verzekeraars acceptabel? Zoals bij pornoverslaving, is dit een probleem? Volgens de samenleving is dat toch geen echt probleem en hebben anderen daar toch geen last van? Het vergoeden van zo'n behandeling is daarom ook moeilijk.

5.2.4 Interview Piet van Roest

Deel 1: persoonlijke gegevens

Naam: Piet van Roest

Leeftijd: 60 jaar

Geslacht: Man

Opleiding: “Geneeskunde, vervolgens huisartsgeneeskunde. Tijdens stages heb ik de indruk gekregen dat meer dan de helft van de huisartspatiënten ook psychologische klachten hadden en daarom besloten om een specialisatie psychiatrie te gaan volgen. Somatische stoornissen zijn vaak psychologisch bepaald. De specialisatie is vrij uitgebreid geworden in zowel de kinder- als volwassenenpsychiatrie.”

Functie: “Na de opleiding op een dubbele functie gesolliciteerd bij het Riagg Noord-Veluwe: volwassenen en kinderpsychiatrie. Ik kreeg toen de functie voor de volwassenenpsychiatrie.”

Sinds wanneer vervult u deze functie?
“Vanaf 1984 ben ik gestart bij het toenmalige Riagg. Tegelijkertijd ben ik 1,5 dag per week begonnen in mijn eigen praktijk. Vanaf 1992 ben ik fulltime zelfstandig gaan werken in mijn praktijk.”

Werkzaam bij: Van Roest, Praktijk voor psychiatrie & psychotherapie te Lunteren.

Hoe zou u uw kerkelijke achtergrond omschrijven?
“Ik ben in de Gereformeerde Bond opgevoed. In mijn tienerjaren heb ik dat los gelaten. Ik ben in mijn studietijd tot geloofszekerheid gekomen bij de Navigators en heb mij aangesloten bij een deelgemeente van de Hervormde Kerk en ben nu lid van de PKN.”

Hoe lang bent u al betrokken bij de CVPPP?
“Vanaf het allereerste uur (de CVPPP is 16 maart 1990 opgericht). Ook ben ik wel aanwezig geweest bij conferenties die als het ware de voorlopers waren van de CVPPP. Ik maakte deel uit van het oprichtingsgroepje en vervulde in het eerste bestuur de functie van penningmeester.”

Deel 2: christelijk geloof en theorie/visie

Wat betekent het christelijke geloof voor u persoonlijk?
“Het betekende aanvankelijk voor mij vooral de zekerheid om bij God te mogen horen. Het had dus een emotionele betekenis; namelijk het gewenst zijn, gewild zijn. Nu is het christelijke geloof voor mij een ‘way of life’. Dat wil zeggen dat voor mij al die verhalen, uit de Bijbel één immense wijsheid bevat die mijn leven richting geeft: namelijk om lief te hebben moet je elkaar kunnen verdragen. Het is een manier geworden om hier op aarde met de medemens om te gaan. God kon bijvoorbeeld na de zondeval, zo verhaalt de Genesisverteller ons althans, de mens eerst niet meer verdragen. Toch heeft God zich over deze aanvankelijke teleurstelling heen weten te zetten waardoor Hij zich weer verbonden heeft/weet met de mens. Het terugkerend thema of plot in de teksten is het kunnen aanhouden van de verbondenheid, dat wil zeggen de onderlinge desillusies verdragen. Ik zie de Bijbel als een enorme schat aan teksten die over herstel van gemeenschap met elkaar en met God verhalen. Als we dergelijke verhalen niet hadden zou de werkelijkheid veel verwarrender zijn geweest.”

Wat is uw mensbeeld? Wat is hier specifiek christelijk aan? En hoe neemt u dit mee in het hulp verlenen aan cliënten?
“God is voor mij de oorsprong. Het specifiek christelijke aan mijn mensbeeld is toch wel dat God de mens naar Zijn beeld heeft gemaakt. Dat idee vind ik prachtig. Via Gods woord hebben wij daar glimpen van opgevangen, van wie wij mogen en kunnen zijn. Cliënten zie ik als autonoom, scheppend, verantwoordelijk en ook met een ontwikkeld vermogen om te incasseren als het tegenzit. Dat zie je ook bij kinderen. Zij zijn net zo boos en niet-vergevend als God eerst wordt afgebeeld en dan zie je als het goed gaat dat echter langzamerhand veranderen. Kinderen kunnen steeds beter met teleurstellingen omgaan.”

“Ik heb dus de neiging om in de Bijbelverhalen vooral de mens te zien, ik bedoel dat ze in plaats van Boven van beneden komen. Net zoals de Griekse mythes zijn het dan representaties van onze eigen niet rationeel te bevatten ervaringswereld. Dat vind ik een spanningsveld. Voor sommigen is dat moeilijk, alsof alles wat van Boven is gekomen, eigenlijk van beneden is. Het zijn dan verhalen die over het leven zelf gaan in een mythologische vorm, symbolische vorm. Ik kijk graag zo naar Bijbelverhalen en stel me de vraag wat deze zeggen over ons. Tegelijk herken ik daar ook veel van buiten in, van God. Dat maakt deze teksten zo bijzonder, want je herkent er de mens in die door de Oneindige wordt uitgetild boven zichzelf, uit zijn verwardheid. Mensen worden gevormd door ontmoetingen waarbij levensverhalen met elkaar worden gedeeld. Dat proces zie ik terug in de Bijbel en pas ik toe in psychotherapie. Daarvoor dienen we die grote verhalen overigens wel te kunnen relativeren, of beter gezegd we moeten er een beetje mee leren spelen. Het is niet zo dat we er niet speels over mogen nadenken omdat het Gods woord is want het is voor mij noch van God noch van de mens, maar de Bijbel is van beiden. Ik verlang ernaar dat die visie toeneemt, dat zie ik als een rijpingsproces.”

Hoe kijkt u aan tegen conflicten dan wel integratie van wetenschap en christelijk geloof in de psychologische hulpverlening?
“Ik moet denken aan de laatste studiedag in februari op de CHE: bijna alle modellen worden bekritiseerd omdat ze het werk van Jezus Christus niet centraal stellen. Ik vind het een conflict tussen dat verzoenend werk en de symbolische betekenis die uitgaat van Jezus. Ik vind het accent te zwaar liggen op die verzoening met God. Alsof God dat ten opzichte van ons zo hard nodig zou hebben. Christenen zetten zich zo te veel in een hoekje en halen zo de beweeglijkheid uit het geloven. Wanneer we zijn vermogen om te kunnen lijden omwille van de voortzetting van de omgang met ons tot voorbeeld nemen, is er weer werk aan de winkel.
Narratieve verhalen zouden met een meer open houding tegemoet getreden moeten worden. Ik mis de openheid ten opzichte van de verhalen. Christenen gaan vaak te krampachtig met hun geloofsteksten om en wetenschappers vaak te krampachtig met de wetenschap, waardoor er geen ruimte meer is voor de elkaar. Het één hoeft het ander niet uit te sluiten. We reageren nog steeds veel vanuit angst misschien.”

Zou u bijvoorbeeld iets kunnen zeggen over uw visie op ziekte en gezondheid?
“Ik geloof dat er voor het leven van de mens bepaalde wetmatigheden zijn. Als die wetmatigheden worden overtreden, dan kan dat gevolgen hebben. Als je bepaalde verantwoordelijkheid niet neemt of kan opbrengen, dan zou dat ziekte tot gevolg kunnen hebben. Overigens neemt dat niet weg dat er ook spontane ziektes zijn, waarschijnlijk zelfs de meeste.
Een voorbeeld: als in een gezin de ouders bepaalde verwachtingen hebben van de kinderen en die ouders kunnen niet die ruimte opbrengen/geven, dat de kinderen anders zijn dan verwacht, dan geeft dit spanning en mogelijk (psychische) ziekte. Somatische ziektes, de niet-emotionele ziektes, zullen misschien verergeren of de kans dat je het krijgt wordt groter. Stress en ziekte hangen samen. Stress wordt veroorzaakt door heel fundamentele regels te verbreken. Bijvoorbeeld die voor vrijheid, voor autonomie of verdraagzaamheid, kortom voor

wat liefde is. De Bijbel heeft de meest ingrijpende regel geïntroduceerd, namelijk verdraag de zonden van de ander (en jezelf), ook al mag je verlangen naar volmaaktheid."

Is er volgens u een onderscheid te maken tussen gezonde en ongezonde vormen van religie/of spiritualiteit? Hoe ziet u dat?
"Ongezonde vormen van religie, dat zijn vormen die niet kunnen geloven dat God is veranderd van de boze, oordelende God naar de God die ruimte geeft en zich heeft verzoend met de mens. Als dat laatste wel lukt, is het een gezond geloof. Ouders leven als het ware, het voorbeeld van God voor. Slecht gehechte relatie met ouders, heeft vaak ook een negatief godsbeeld tot gevolg.
De verhalen in de Bijbel hebben bij mij geleid tot een God die mij welkom heette. De relaties met anderen zijn in mijn leven belangrijk geweest om een beeld te krijgen van een liefdevollere God. Niet-gehechte mensen blijven hangen/vasthouden aan de veroordelende God. Denk aan een *Dorsvloer vol confetti.* Een hulpverlener heeft veel invloed op het godsbeeld van cliënten. In die interactie, in de ontmoeting, beïnvloedt je elkaar. De hulpverlener beïnvloedt de cliënt. Het is een wisselwerking. In de psychotherapie gaat dat zeker op, omdat er veel ontmoeting is in de psychotherapie."

Wat is uw visie op geloof en hulpverlening? Uw affiniteit met levensbeschouwing t.o.v. hulpverlening/de meerwaarde wat het christelijke geloof te bieden heeft in hulpverlening?
"Ons grote voorbeeld is God en zijn bereidheid om met onze tekorten om te gaan. Christelijk geloof is een buitengewoon volwassen godsdienst. Je eigen frustratie opzij kunnen zetten en de ander de ruimte te bieden dat hij welkom is.
Bij niet-christenen spreek ik daar niet zo expliciet over, maar ben ik zelf misschien wel het voorbeeld. Het gaat in therapie vaak die kant op: de patiënt is teleurgesteld/boos. Je deelt impliciet christelijke principes: vergeving, verzoening, verdraagzaamheid. Dat is onvermijdelijk bij een ontmoeting, hoe neutraal de therapeut zich ook opstelt. Die principes vind je gelukkig ook bij niet-christelijke hulpverleners terug. Bijvoorbeeld 'Je gaat ervoor' en 'je incasseert als het nodig is', dat zijn twee polen, ook in seculiere hulpverlening, maar ik weet mij erbij ondersteund door eeuwenoude teksten. Nieuwe, via de ratio en empirisch onderzoek ontdekte waarheid, sluit tot mijn verrassing vaak bij dat oude aan."

Deel 3: Praktijk

Hoe beschrijft u uw therapeutische houding/attitude als het gaat om u christen-zijn?
"Erkenning van het tekort en gelijktijdig een visie op een messianistisch, utopisch, volmaakt leven. Een goed leven nastreven en tegelijkertijd met de gebrokenheid ervan raad leren weten. Je spreekt in de hulpverlening over religieuze waarden zonder religieuze taal te hanteren, zodat het voor de cliënt begrijpelijk is. Aan de hand van de Bijbelse verhalen kunnen we de psychologie eventueel verhelderen."

Hoe ziet u een geestelijke duiding die een cliënt kan geven aan een ervaring (bijvoorbeeld als men aangeeft God te horen spreken; of aangeeft een visioen te hebben gehad enzovoorts)? Hoe gaat u hiermee om?
"Dat is voor mij heel breed. God spreekt op heel veel manieren. Ik heb daar geen enkele moeite mee, want het is God die op zo veel manieren van zich kan laten horen. Ik ga er niet over in discussie, neem de idee van goddelijke inspiratie ook niet over van de cliënt. Ik merk dat de cliënt soms iets heeft dat als van God afkomstig wordt ervaren, terwijl hij de volgende dag iets meemaakt, wat misschien wel net zo waardevol is en ineens niet als zodanig gezien wordt. Het gevaar kan dan zijn dat de cliënt het alledaagse ondergeschikt maakt aan dat wat hij meent van God te hebben ontvangen, maar misschien hangt dit net zozeer met God samen, wie zou het zeggen? Ik werk in de psychotherapie onder andere met verbeelding waarbij in zo'n beeldverhaal ook creatieve oplossingen vrijkomen. Het is een intrigerend

mysterie, dat ook als inspiratie van God kan worden gezien. God is dan best toegankelijk. Jesaja uit de Bijbel zegt ook: God is niet ver weg Hij is in u. Dit betekent dus dat Hij wel heel dicht bij zou kunnen zijn."

"Bij de indruk van overgeestelijkheid en twijfel aan de echtheid van de geestelijke betekenis, zou ik uitleg geven over dat er iets is als hallucinaties en wanen. En bijvoorbeeld de vraag stellen: Hoe weet je het zo zeker dat het van God is? Soms doe ik een manoeuvre alsof ik mij uit het gesprek terugtrek en zeg ik zoiets als: dat ik niet in de schoenen van God wil staan. Dan houdt het soms ook op en kunnen cliënten zelf hun ideeën van God bevragen. Dat zijn hoog therapeutische interventies."

Zijn er bepaalde vormen van psychopathologie waarin u een duidelijke invloed van/verwevenheid met het christelijke geloof ziet?
"Nee, wel van bepaalde vormen van christelijk geloof. Pathologisch geloof bijvoorbeeld.
Beïnvloeding van het christelijke geloof in bijvoorbeeld wanen, zoals godsdienstwanen zouden er niet zijn geweest als dat geloof er niet zou zijn geweest. God wordt vaak gebruikt als het beeld van macht. Wanneer mensen machteloos zijn, dan wordt God gebruikt. De vlucht in het christelijke taalveld. Men gaat dan heel vroom praten, 'ja maar dat wil Jezus toch'. Geloof als middel om je gelijk te halen.
Anderen hebben God in hun broekzak. Als verlengstuk van je (on)macht. Niet kunnen denken in termen van individualiteit en autonomie. Als men niet gewend is om met respect te worden behandeld, weinig autonomie heeft, dan gaat men de Bijbel er soms bij halen en zegt men bijvoorbeeld: 'God wil het'. Als je wel in termen van individualiteit en autonomie denkt, ga je veel meer nadenken over het waarom. Waarom God iets belangrijk vindt of zaken heeft voorgeschreven. Therapie is ook zonder dwang en drang mensen helpen om bepaalde dingen te ontdekken. Dat kost alleen veel meer energie dan even vertellen hoe het moet."

Deel 4: Religieuze interventies

Welke religieuze interventies (te denken valt aan het gebruik van de Bijbel, rol van gebed, muziek, etc.) past u toe in het contact met uw cliënt?
"Samen over (Bijbel)verhalen nadenken als deze toevallig ter sprake komen. Bijbelfiguren, noemen. Bijvoorbeeld over Job, Saul met zijn depressie of Salomo versus David. Dit doe ik terloops. Bidden doe ik niet met cliënten. Ik vind dat ik nogal een machtspositie heb als therapeut. Ik denk dat de cliënt zich niet echt vrij voelt vanwege die machtspositie. Ik vind het een echte pastorale interventie om samen te gaan bidden. Door middel van (Bijbel)verhalen kun je invoegen in het taalveld van de cliënt. Ik doe geen typisch religieuze interventies. Als mensen behoren bij een kerk dan moeten ze daar zijn en verwijs ik ze daar naar toe."

Speelt pastoraat ook een rol? Zo ja, hoe werkt u samen met pastores/het pastoraat?
"Overleggen met de pastor/het pastoraat, doe ik. Pastorale interventies kunnen wel degelijk effect hebben. Als pastorale interventies empirisch zijn vastgesteld, dan zou ik dat kunnen gaan toepassen, maar zo lang dat niet het geval is dan doe ik er niets mee."

Hoe kijkt u aan tegen bevrijdingspastoraat en het thema demonie en bevrijding?
"Dit laat ik aan het pastoraat over. Ik weet dat bevrijdingspastoraat goed kan werken, maar ook heel slecht. Ik stuur bijvoorbeeld cliënten door naar collega's, die in hun vrije tijd zich hier mee bezig houden en dat begeleiden. Zo verwijs ik cliënten ook door naar organisaties, zoals 'Living Waters'. Daar leg ik wel eens folders van neer in mijn praktijk. Als ik het idee heb dat er nuchtere mensen zitten die dat begeleiden, dan adviseer ik cliënten graag om daar naar toe te gaan. Als je daar drie uur gedegen gebedspastoraat krijgt kan daar geen psychotherapiesessie tegen op natuurlijk."

Welke (geloofs)thema's vindt u moeilijk om mee om te gaan in therapie? Hoe gaat u hier mee om?
"Misschien wondergenezing. Dat mensen zomaar genezen worden door wonderen, maar dat dit toch achteraf allemaal niet waar blijkt te zijn. Ik praat er dan wel over met cliënten, misschien om te ontdekken dat ze het heel graag gewenst hebben en daarom maar zijn gaan inbeelden. Het lijkt vaak een uitvloeisel te zijn van de wens om het mooi of goed te willen hebben."

Wat voor rol speelt God volgens u in hulpverlening? Welke godsbeelden die mensen hebben ziet u terugkomen bij cliënten? Hoe gaat u om met deze godsbeelden in het contact met cliënten?
"God als de lücken büsser (Duits: gatenvullende). De vervuller van al je wensen verschijnt als het tekort zich aandient. Hij wordt dan degene die alles goed moet maken, de grote Genezer. Ik vind dat echt een onjuist beeld van God. Beide godsbeelden komen voor in de Bijbel. Dat is ook het geinige van de Bijbel. God komt naar voren als degene die het oplost, maar ook als degene die met je wandelt in diepe dalen van duisternis. Dan vraag ik me af wie is God eigenlijk werkelijk? Misschien zijn dergelijke wensvoorstellingen wel door mensen op God geprojecteerd en in de Bijbel terechtgekomen. Dan kijk ik om heen naar bijvoorbeeld de natuur met rampen en andere ellende. Misschien is dat God wel, dat er dingen mogen doodgaan.
Voor mij is God Degene die erbij is. Zo doe ik het als therapeut, ook met de hulpverlening. Samen door het trauma heen kruipen en er meester over worden. De menselijke geest aanleren dat je zekere mate van pijn wel kunt hebben en het toppunt daarvan is dood kunnen gaan. Kijk maar naar Jezus, Hij ging ook dood en overleefde het. Het Kruis is een groot voorbeeld voor mij. Ook voor de cliënten die vaak heel veel hebben meegemaakt, kan Jezus als gekruisigd en toch levend een troost zijn."

Hoe gaat u om met (religieuze) overdacht en tegenoverdracht?
"Gewoon analyseren. God is voor mij iemand waar je van alles op kan overdragen. Ik bespreek het gewoon als er sprake is van overdracht."

Tegen welke lacunes/problemen loopt u aan m.b.t. de integratie van geloof in therapie?
"Daar waar geloof een oplossend geloof is. Terwijl ik als therapeut samen met de cliënt toch vaak de pijn in ga. Dat vind ik zelf de belangrijkste botsing. Dat kom ik zowel bij evangelisch als reformatorisch gelovigen tegen. De gatenvullende God."

Waar liggen nog behoeften voor u op het gebied van geloof en therapie (te denken valt aan scholing, congressen, intervisie, etc.)? En waar zou u nog meer over willen weten of weet u nog onvoldoende van?
"In therapie ga ik vaak de pijn in. Ik zal meer antwoorden vanuit de kerk/het geloof willen hebben hoe je omgaat met pijn/desillusie. Welke geloofsinterventies zijn daarvoor te bedenken? Niet de simpele antwoorden, zoals 'schuil maar bij Jezus'. Maar bijvoorbeeld een theologie over het tekort/het kwaad. Als therapeut heb ik de antwoorden soms wel, maar niet vanuit het geloof of de kerk. Er is een soort ontkenning vanuit de kerk over dat tekort of zonde. 'Je moet je er maar bij neerleggen of het overwinnen', maar ik zou handreikingen wensen hoe dat te doen. Ik zou graag een antwoord willen op het kwaad dat nu eenmaal bestaat. Hoe verdraag je dat beter? Wat maakt dat mogelijk? Welke reden hebben we om dit te willen doorstaan?
Vanuit de CVPPP zou ik dus wel willen dat er aandacht wordt besteed aan hoe je omgaat met desillusies/pijn/kwaad.

Evaluatie

Hoe vond u het interview?
Het waren goede vragen. Wel zijn de vragen zo veelomvattend dat ik slechts grote lijnen weet te schetsen en mijn actuele stokpaardjes in de antwoorden heb verwerkt

Heeft u nog aspecten gemist met betrekking tot geloof in hulpverlening, waarover u nog wat wilt toevoegen?
Misschien een vraag als: als hulpverlening dan zo'n belangrijk onderdeel is voor christenen waarom zijn christenen er dan zo ondeskundig mee? Het gekke is dat pastoraat veelal niet net zo professioneel wordt uitgevoerd als bijvoorbeeld psychotherapie. Dat heeft te maken met het wondergeloof misschien? Het helemaal overlaten aan God. Dat kan zelf gemakzucht of een stukje luiheid zijn.

5.3 Vragenlijst enquête

Integratie van geloof in hulpverlening

De Christelijke Vereniging van Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP) onderzoekt in hoeverre en hoe christelijk geloof geïntegreerd is in het hulpverleningswerk van CVPPP-leden. Ook is deze enquête een middel om te onderzoeken wat behoeften/wensen zijn van CVPPP-leden met betrekking tot het integreren van geloof in hulpverlening. Dit zodat de CVPPP een beeld krijgt van de stand van zaken en hierop kan inspelen in haar activiteiten voor leden.

Het invullen van de enquête duurt 5 tot 10 minuten.
Er zijn 15 vragen in deze vragenlijst

Deel 1: Persoonlijke gegevens

1. Leeftijd: *
Please choose **at most** 1 answer:
- ☐ 20-25 jaar
- ☐ 25-30 jaar
- ☐ 30-35 jaar
- ☐ 35-40 jaar
- ☐ 40-45 jaar
- ☐ 45-50 jaar
- ☐ 50-55 jaar
- ☐ 55-60 jaar
- ☐ 60-65 jaar
- ☐ 65+

2. Geslacht: *
Please choose **at most** 1 answer:
- ☐ Man
- ☐ Vrouw

3. Beroepsgroep: *
Selecteer alles wat voldoet
- ☐ Psychiater
- ☐ Psycholoog
- ☐ Psychotherapeut
- ☐ Arts in Opleiding tot Specialist
- ☐ Orthopedagoog
- ☐ Theoloog
- ☐ Anders:

4. Kerkelijke achtergrond: *
Please choose **at most** 1 answer:
- ☐ Rooms-Katholiek
- ☐ Mainstream-Protestant (Protestante Kerk in Nederland (PKN), behalve zij die zich rekenen tot de stroming van de Gereformeerde Bond)
- ☐ Protestant-conservatief (Zij die behoren tot de PKN en zich rekenen tot de Gereformeerde Bond)

☐ Orthodox-Gereformeerd (Christelijk Gereformeerd, Gereformeerd Vrijgemaakt, Nederlands Gereformeerd, Hersteld Hervormd, Gereformeerde Gemeente, Gereformeerde Gemeente in Nederland, Oud Gereformeerde Gemeente)
☐ Evangelisch/Baptist (Evangelische-, Pinkster- en Baptistengemeente)

5. Hoe lang bent u al lid van de CVPPP? *
Please choose **at most** 1 answer:
☐ 0-5 jaar
☐ 5-10 jaar
☐ 10-15 jaar
☐ 15-20 jaar
☐ 20 jaar en langer

6. **Hoe lang bent u al werkzaam in de GGZ / hulpverleningspraktijk? ***
Please choose **at most** 1 answer:
☐ 0-5 jaar
☐ 5-10 jaar
☐ 10-15 jaar
☐ 15-20 jaar
☐ 20-25 jaar
☐ 25-30 jaar
☐ 30-35 jaar
☐ 35-40 jaar
☐ 40 jaar en langer

7. **Hoe lang bent u als christen werkzaam in de GGZ / hulpverleningspraktijk? ***
Please choose **at most** 1 answer:
☐ 0-5 jaar
☐ 5-10 jaar
☐ 10-15 jaar
☐ 15-20 jaar
☐ 20-25 jaar
☐ 25-30 jaar
☐ 30-35 jaar
☐ 35-40 jaar
☐ 40 jaar en langer

Deel 2: Christelijk geloof en vooronderstellingen theorie/visie

8. **In hoeverre is uw mensbeeld bepaald door christelijk noties? ***
Please choose **at most** 1 answer:
☐ Volledig
☐ Veel
☐ Gemiddeld
☐ Weinig
☐ Niet

9. **In hoeverre is uw visie op psychopathologie en gezondheid bepaald door christelijke noties? ***
Please choose **at most** 1 answer:
☐ Volledig
☐ Veel
☐ Gemiddeld

- [ ] Weinig
- [ ] Niet

10. In hoeverre zijn volgens u christelijke waarden belangrijk in therapeutische veranderingsprocessen? *

Please choose **at most** 1 answer:

- [ ] Onmisbaar
- [ ] Heel belangrijk
- [ ] Belangrijk
- [ ] Niet zo belangrijk
- [ ] Onbelangrijk

Deel 3: Praktijk

11. Hoe integreert u geloof in hulpverlening? / In hoeverre is christelijk geloof in uw hulpverleningswerk van betekenis voor:

Geef op een schaal van 1 tot 5 aan:

1= Niet 2= Weinig 3= Gemiddeld 4= Veel 5= Volledig *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	1	2	3	4	5
Uw attitude/therapeutische houding	○	○	○	○	○
De therapeutische relatie	○	○	○	○	○
Uw omgang met sociale, juridische en economische condities	○	○	○	○	○
Uw omgang met wetenschappelijke en technische invloeden in de hulpverlening	○	○	○	○	○

12. Welke religieuze interventies gebruikt u?

Geef op een schaal van 1 tot 5 aan hoe vaak u deze interventie gebruikt:

1= Nooit 2= Zelden 3= Soms 4= Vaak 5= Zeer vaak *

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	1	2	3	4	5
Gebed	○	○	○	○	○
Gebruik Bijbel (teksten, thema's, verhalen, beelden of personen)	○	○	○	○	○
Meditatie	○	○	○	○	○
Muziek	○	○	○	○	○
Rituelen	○	○	○	○	○
Hulp zoeken bij of verwijzen naar religieuze leiders/pastoraat	○	○	○	○	○

13. Waarin zou u verder willen ontwikkelen op het gebied van integratie van geloof in hulpverlening? *

Selecteer alles wat voldoet

- [ ] Studiedag
- [ ] Cursus
- [ ] Intervisie
- [ ] Supervisie
- [ ] Seminar

☐Anders:

14. Wat zijn wensen/behoeften voor u m.b.t. integreren van geloof in hulpverlening? *
Vul uw antwoord hier in:

15. Overige opmerkingen *
Vul uw antwoord hier in: