

Het klinische domein van geestelijke zorgprofessionals

Hans Schilderman*

Summary

This article aims to offer a contribution to the definition of the professional domain of spiritual care professionals working in clinical settings. Starting with a conceptual disentanglement of theology and religious studies in face of the issue of interreligious communication, a starting point for this definition is found in the humanities domain. Existential, developmental, and contextual dimensions of the human condition, each with topics of their own, are distinguished in defining the object of spiritual care. These topics require professional attention in a set of tasks that are subsequently presented. Next, it is argued that clinical pastoral education offers the proper post-master program to develop these tasks in an established clinical skills training program. Integration of clinical pastoral education in postmaster spiritual care apprenticeships offers the best condition to contribute and innovate spiritual care in clinical settings, so it is concluded.

Inleiding en probleemstelling

Wat is het klinische domein van de geestelijke verzorging? Het doel van deze bijdrage is bij te dragen aan een antwoord op deze vraag. Een domein beschrijft het aandachtsgebied van een bepaalde discipline. De term 'domein' heeft daarbij zowel betrekking op het wetenschapsveld waarin kennis van een discipline door onderzoek wordt vernieuwd en door onderwijs wordt overgedragen, als ook op een beroepenveld waarin de expertise van een domein professioneel nu eenmaal uitgeoefend wordt en ook afgestemd moet worden in het kader van arbeidsdeling. In de geestelijke verzorging zijn de afgelopen jaren tal van discussies gevoerd over de opvatting van dat domein. Dient dat domein vooral als kerkelijk en ambtelijk omschreven te worden of eerder als professioneel en klinisch? Dient geestelijke zorg als vrijplaats in de kliniek opgevat te worden of moet ze juist in de klinische behandelplannen worden geïntegreerd? Moet het domein 'evidence-based' ontwikkeld worden

* Hans Schilderman is als hoogleraar verbonden aan de Faculteit der Filosofie, Theologie en Religiewetenschappen van de Radboud Universiteit met als leeropdracht: Religie en zorg, en is hoofd van de afdeling empirische en praktische religiewetenschap.

of is inductief praktijkleren eigenlijk voldoende? Dient het domein opgevat te worden in termen van toegepaste psychologie, of vergt ze eigen theologische of religiewetenschappelijke definities? Is geestelijke verzorging wel een academisch specialisme of toch vooral een brede levenskunst van presentie en nabijheid? En dan zijn er nog de vele ontwikkelingen in de techniek, organisatie, demografie en bekostiging van de klinische zorg als geheel, die ook voor de geestelijke zorg weer eigen vraagstukken oproepen.

In deze bijdrage doe ik een poging het domein van de geestelijke zorg als een academische discipline te omschrijven. De noodzaak van zo'n definitie ligt wat mij betreft besloten in de vragen die ik zojuist aanduidde, en die vragen om goede antwoorden. Als introductie start ik met een reflectie op een studie door theoloog Aad de Jong die in zijn boek 'Getuigen van de Geest' een vraag oproept naar het formele en materiële object van geestelijke zorg. Dat object zal ik vervolgens definiëren als interpretatie van de menselijke conditie, in het bijzonder zoals opgevat vanuit religieus of levensbeschouwelijk perspectief, en dat ik in deze bijdrage aanduid in termen van de *'texts, beliefs and practices'* waarin dat perspectief wordt beleefd. De term 'menselijke conditie' werk ik vervolgens uit, zowel naar enkele dimensies en topics, als naar taken in de klinische zorgsetting. Vervolgens vraag ik me af hoe dergelijke taken in de Klinische Pastorale Vorming (KPV) getraind kunnen worden, en tenslotte zal ik verwijzen naar een klinisch model van leerwerkplaatsen waarin dergelijke trainingen het beste vorm kunnen krijgen.

Religieus georiënteerde zorg

Meer dan ooit leven we in een samenleving die gekenmerkt wordt door diversiteit. Uiteenlopende culturen en religies, talen, gewoonten en rituelen, waarden en normen, geschiedenissen en tradities staan naast elkaar. In regelmatige peilingen door het Sociaal en Cultureel Planbureau blijkt dat dergelijke verschillen niet als onproblematisch worden ervaren. Sterker nog, problemen rond samenleven, normen en waarden, immigratie en integratie staan al jaren lang op de eerste plaats in de taxonomie van het Nederlands nationaal probleembesef (Dekker & Den Ridder 2020, 22). Niet alleen is kennis van en inzicht in culturele verschillen dus relevant maar met name de ontwikkeling van een open – laten we zeggen burgerschaps – attitude is van belang en natuurlijk ook de vaardigheden om die te communiceren. In zijn studie 'Getuigen van de Geest' adresseert De Jong de pluraliteit van waar-

den en normen waarbij hij met name het belang onderkent van claims die in taalhandelingen vervat liggen. De interreligieuze dialoog biedt volgens hem het uitgangspunt om religie als zodanig te begrijpen met behoud van het eigen religieuze perspectief. Dat uitgangspunt is in het bijzonder van belang voor geestelijke zorgprofessionals die immers – anders dan in het kerkelijk verband van pastores en predikanten – met die levensbeschouwelijke pluraliteit te maken krijgen. De Jong doet in zijn boek een bewonderenswaardige poging om een formeel object voor de praktische theologie te omschrijven dat die interreligieuze werkelijkheid recht doet. Dat formele object biedt een algemene noemer van interpretatie waarmee vervolgens het materieel object van de praktijk van diaconie, liturgie en kerkopbouw begrepen kan worden. De opdracht die hij als titel van zijn boek hanteert, namelijk ‘getuigen van de Geest’ verwijst naar dat formeel object waarmee de veelheid van religieuze uitingen begrepen kan worden. De Jong doelt daarmee niet op overredingskunst; dat zou immers juist een vorm van proselitisme zijn die hij resoluut afwijst. Maar, in een mooie herinterpretatie van de term begrijpt hij ‘getuigen’ als ‘solidaire attestatie’: een authentieke inzet voor de verstaanbaarheid van culturele en religieuze verschillen, gevoed door de bronnen van de eigen tradities (De Jong 2019, 50-53).

De Jong doet zo een intelligente poging om te ontkomen én aan het verwijt van een generieke en daarmee abstracte en praktisch ineffectieve definitie van het domein waarop geestelijke zorgprofessionals zich richten, én aan het verwijt van antropocentrisme waarin een specifieke culturele of confessionele orthodoxie voorschrijft wat geschikte of juiste richtlijnen zijn om religieuze arbeid ter hand te nemen. Hij illustreert daarmee echter mijns inziens allereerst een religieuze en nog niet zo zeer een interreligieuze ambitie. Attestatie in de optiek van De Jong verwijst mijns inziens naar een religieus-motivationele conditie om de interreligieuze dialoog als participatieve praktijk te voeren. Het is de ervaren verplichting om de dialoog weliswaar gewetensvol en gevoed door eigen waarden te voeren maar om deze tegelijkertijd met het oog op haar doelen ook ‘belangeloos’ te voeren. Dat blijft echter problematisch. Het religieuze commitment van de verschillende religies wordt immers nu juist gevoed door de verschillende identiteitsbepalingen zoals die in ‘*texts, beliefs and practices*’ van de betreffende religies vervat liggen. Met een attestatieve insteek van de dialoog tussen religies wordt bovendien de vraag nog niet beantwoord naar de verschillende doelen en niveaus van zo’n dialoog. Wat willen we er mee bereiken? Van der Ven maakt ten aanzien van de doelstelling van religieuze communicatie onderscheid tussen uitwisseling, waarbij

partners naar elkaar luisteren; verstandhouding, waarbij van daadwerkelijke perspectiefwisseling sprake is; en overeenstemming waarin ook een consensus wordt gedeeld (Van der Ven 1993, 60-61). De Jong streeft eerder naar uitwisseling en mogelijk naar verstandhouding maar een daadwerkelijke 'harde test' die op wederzijds begrip en een religieuze consensus betrekking heeft – het hogere doel zoals door Van der Ven aangeduid – blijft uit. Een attestatie biedt weliswaar een religieuze motivatie voor een interreligieuze dialoog maar ze blijft schatplichtig aan het onvermijdelijke eigen standpunt. De Nijmeegse cultuur- en godsdienstpsycholoog Han Fortmann omschreef die gebondenheid aan de eigen leefwereld prachtig in het beeld van de vis, die pas op de kar van de visboer ontdekt wat het betekent om een waterdier te zijn (Fortmann 1959). De cultuur is ons aquarium en het verlaten ervan leidt tot een terminaal zuurstoftekort. Ook een participatieve attestatie biedt geen archimedisch punt van reflectie waarin we kunnen ontkomen aan de onvermijdelijkheid van culturele en religieuze verschillen, al omschrijft ze een authentieke basis-attitude voor intercultureel contact.

De Jong zou de gebondenheid aan het eigen religieuze uitgangspunt zeker onderkennen; dat veronderstelt immers zijn begrip attestatie als formeel object van een interreligieus opgevatte praktische theologie, maar de vraag is of het voldoende reflexieve afstand biedt om het materieel object van de feitelijke religieuze praktijken voldoende 'belangeloos' en 'objectief' voor ogen te houden. De gebondenheid aan de eigen positie vormt in de wetenschap bij uitstek een methodologisch argument om empirische procedures te volgen, daarbij eigen '*biasses*' te onderscheiden, in verklaringen van hypothesen uit te gaan, en een falsificatieprincipe te hanteren in het leggen van kennisclaims. En er is alle reden om die methodologie ook te hanteren in het onderzoek van culturen en religies. Juist waar een religieuze ambitie het interculturele contact motiveert, is kennis van en inzicht in verschillen en overeenkomsten in de condities en doelen van dat contact van belang. Sterker nog, dergelijke dialogen vergen een tweede taal; die van de geesteswetenschap in de brede zin van het woord waarin culturele en religieuze inhouden niet allereerst vanuit een participatieperspectief worden beoordeeld maar vanuit een observatieperspectief. De Jong zou ook hiermee wellicht kunnen instemmen maar hij trekt uitdrukkelijk niet de conclusie dat empirische en religiewetenschappelijk geleide reflectie daarvoor geschikt is (De Jong 2019, 65-66).

Een wetenschappelijke insteek op de praktijk van multireligieus contact is voor academisch opgeleide beroepsbeoefenaren een voorwaarde om het werk

te kunnen blijven voeden door onderzoek en onderwijs. De Jong adresseert zijn publiek als ‘religieuze werkers’; een term die een specifieke religie vertegenwoordigt inclusief haar culturele veronderstellingen, geschiedenis en institutionele belangen. Voor De Jong is dat een welgekozen term vanwege immers het attestatieve uitgangspunt dat hij als voorwaarde van de interreligieuze dialoog opvat. Voor kerkelijk werkers lijkt me dat mogelijk een geschikte term, al verdient die dan nog een valide uitwerking. Als publieke aanduiding van het werk in overheid-gerelateerde instellingen hanteer ik liever de term ‘geestelijke zorgprofessionals’. Dat is geen gemakkelijke want abstracte term die tal van associaties oproept. Wat bedoelen we immers met de geest als aanduiding van het werkdomein? Elders heb ik toegelicht hoe het bijvoeglijk naamwoord ‘geestelijk’ op te vatten valt als een verwijzing naar het domein van de geesteswetenschappen, met het doel te voorkomen dat het gebruik ervan in semantische problemen raakt door essentialistische verwijzingen naar ‘ziel’, ‘geest’ of ‘psyche’ (Schilderman 2009). Daarmee komt de klemtoon op een geesteswetenschappelijk formeel object te liggen dat betrekking heeft op de cultuur, respectievelijk op de te interpreteren producten ervan zoals die het materieel object van de discipline vertegenwoordigen, waaronder religieuze of levensbeschouwelijke *‘texts, beliefs, and practices’*. Dat vergt nadere toelichting.

Domeinoptiek van de geest

Geestelijke zorgprofessionals dragen zorg voor de geest; een even voor de hand liggende als complexe aanduiding. Wat is immers het domein van de geest? En hoe kunnen we die vraag als filosofen, theologen of religiewetenschappers beantwoorden? Deze kwestie stel ik hier aan de orde door het domein te beschrijven in termen van zorg voor de menselijke conditie; begrepen als dat wat de mens tot mens maakt en wat bestudeerd wordt vanuit geesteswetenschappelijk perspectief.

Uitgaande van hun academische opleiding en functie-uitoefening bedienen geestelijke zorgprofessionals zich van geesteswetenschappelijke inzichten. Geestelijke zorgprofessionals zijn ideaaltypisch als ‘betekeniswetenschappers’ op te vatten die enerzijds in staat zijn om de religieuze en levensbeschouwelijke *‘texts, beliefs, and practices’* als vertegenwoordigd door de verschillende tradities historisch-kritisch en hermeneutisch te interpreteren volgens geesteswetenschappelijk valide procedures. Anderzijds kennen geestelijke zorg-

professionals mede op grond van empirisch onderzoek de condities waaronder dergelijke culturele bronnen geïnterpreteerd worden en kunnen bijdragen aan vaardigheden om met de uitdagingen van het leven om te gaan. Als betekeniswetenschappers hebben zij een eigen domein waarin interdisciplinair samengewerkt wordt met wetenschappers in aanpalende domeinen, zowel binnen eigen facultaire kaders zoals die van afdelingen ethiek en vergelijkende godsdienstwetenschappen, als ook die daarbuiten zoals in de wetenschapsvelden van klinisch psychologen, verpleegkundigen en palliatieve zorgverleners. Interdisciplinariteit vergt echter vooral een goede omschrijving van het eigen veld zodat afstemming in het grensverkeer daadwerkelijk mogelijk en ook zinvol is. Daarom doe ik een poging dat domein van de geest nader inhoudelijk te omschrijven, met de kanttekening dat het ook hier om een ideaaltype gaat, dat wil zeggen een hypothetisch construct dat de saillante kenmerken van het domein beschrijft met het oog op vergelijking en classificatie. Dat stelt me in staat om dergelijke kenmerken later in mijn betoog van opmerkingen over taken en kwalificaties te voorzien.

Een domein beschrijft het wetenschapsveld; datgene waarop onderzoek zich met het oog op kennisvernieuwing richt en waarvan het academisch onderwijs de kennisoverdracht behartigt. Een discipline beheert dat domein, dat wil zeggen ze definieert het in conceptuele en theoretische zin, demarqueert het van andere wetenschappelijke domeinen, en biedt onderwijs met het oog op de ontwikkeling van betreffende professionele werkterreinen. Cultuur en religie zijn typisch geesteswetenschappelijke terreinen van inzichtontwikkeling. Geesteswetenschappen bestuderen de producten van de menselijke geest; in brede zin de culturele *'texts, beliefs, en practices'* die de menselijke conditie als een gedeeld goed beschrijven. We spreken in dat verband ook wel van *'humaniora'* als die wetenschappen die ons tot mens vormen in de studie van verschillende uitdrukkingen die de geschiedenis, de talen en de culturen daarvoor aanreiken (Bod 2013). De term *'menselijke conditie'* verwijst daarbij naar de menselijke natuur en in het bijzonder naar het typisch menselijke vermogen om de eigen leefwereld te interpreteren. Doorgaans gebeurt dat aan de hand van de telkens weer opduikende thema's die het mens-zijn definiëren met het oog op de vraag wat *'menselijk'* is (Macquarrie 1982). Geesteswetenschappen moeten echter niet slechts in historische zin opgevat worden als betreft het een culturele archeologie die slechts op het verleden betrekking heeft. In symbolische zin dragen ze weliswaar zorg voor dat verleden door het verleden als erfenis te beheren maar zij doen dat met een focus op belangen en netwerken die die erfenis in de huidige tijd vertegenwoordigen en overdra-

gen. Sterker nog, in instrumentele zin verbinden geesteswetenschappen die erfenis met kwesties en problemen die samenhangen met de participatie in onze huidige cultuur en samenleving. Bovendien valt daarbij ook een morele taak op, namelijk de ontwikkeling van kritische vaardigheden om de cultuur te beoordelen en in de leefwereld verder te ontwikkelen. Hannah Arendt laat als geen ander zien dat een definitie van die taak een onontkoombare morele spanning impliceert van uniciteit en pluraliteit. Ze beschrijft in *The human condition* de voorwaarden van een menselijke samenleving waarin de mens in dat opzicht zowel uniek als verschillend is. '*Plurality is the condition of human action because we are all the same, that is, human, in such a way that nobody is ever the same as anyone else who ever lived, lives, or will live*' (Arendt 1958, 7-8). De uniciteit betreft de onontkoombaarheid van het zoeken naar eigen antwoorden op de vraag wat menselijk is, terwijl het verschil in antwoorden voorkomt dat we in totalitaire omschrijvingen vluchten, aldus Arendt. De menselijke conditie gaat dus over de zelfinterpretatie van de mens als categorie van het mens-zijn zelf. Schatplichtig aan dat inzicht vat ik de menselijke conditie dan ook op als domeinoptiek van de geest.

Onderdeel van de cultuur is de religie, dat wil zeggen de diep gevoelde verplichting ten aanzien van een traditie van '*texts, beliefs and practices*' die de menselijke conditie beschrijven en verbinden met idealen van menselijkheid die op hun beurt geïnterpreteerd worden als voortkomend uit een eeuwige oorsprong en gericht op een ultieme bestemming. Vanwege dat uiteindelijke karakter staan religies doorgaans centraal in de identiteitstoekenning van culturen. Religies hebben met levensovertuigingen gemeen dat ze een cultuur bieden voor verbetering van de geest. Precies daarop heeft zorg voor de geest ook betrekking, en, zoals ik eerder al aanduidde, zitten daaraan twee aspecten: aandacht voor de culturele bronnen en voor de wijze waarop ze voor thema's en problemen van de menselijke conditie relevant zijn. Ik kom op de kenmerken van die conditie nog terug, maar wijs op twee voor onze discussie relevante geesteswetenschappelijke disciplines, namelijk theologie en religiewetenschap. Het onderscheid tussen beide betreft niet de 'mate van wetenschappelijkheid' noch de variatie in methodologie, hoezeer dat soms ook wordt gesuggereerd of geïmpliceerd. Beide zijn immers academische disciplines die binnen het spectrum van methodologische normen aanspreekbaar zijn op vergelijkbare standaarden voor kennis en theorievorming. Bovendien bestuderen beide disciplines dezelfde religieuze '*texts, beliefs and practices*', maar een belangrijk verschil is dat theologie doorgaans opgevat wordt als onderdeel van deze erfenis waaraan ze in kritische zin dienstbaar is, terwijl

religiewetenschap deze erfenis niet noodzakelijkerwijs onderschrijft of ontwikkelt maar die tradities vooral in meervoud en op grond van verschillende disciplinaire inzichten vergelijkt. Voor de domeindefinitie van geestelijke zorgprofessionals heeft dat geen principiële consequenties maar wel praktische, zoals wanneer het gaat om zaken als specialisatie, rolhantering en institutionele binding. Ik voeg daar nog een opmerking aan toe die op de voortgaande secularisatie betrekking heeft. Deze ontwikkeling is op te vatten als het gaandeweg uiteenvallen van de confessionele canons en kerkelijke borging die de *'texts, beliefs and practices'* als een cultureel beleefd geheel steeds samenbond en die dat overigens in tal van contexten nog steeds doet. Soms betekent dit dat dergelijke bronnen simpelweg niet meer herkend en beleefd worden; soms leidt het tot een individuele selectie van elementen ervan in een persoonlijke spiritualiteit; en soms voert het tot sociale niches met een eigen orthodoxie. Dergelijk relevantieverlies van religieuze tradities betekent niet dat culturele bronnen verdwijnen al verliezen ze soms hun transcendente verwijzing. Zo kunnen deze bronnen ook seculier geherinterpreteerd worden als *'civil religion'* of verbonden raken met een eigen sociaal commitment aan bijvoorbeeld gender, ras of taal. Echter, ook in dergelijke gevallen van verminderde eenduidigheid of versterkte individualisering kunnen we blijven spreken van levensovertuigingen en levensthema's die de menselijke conditie adresseren. Hoe kunnen we deze overtuigingen, thema's en problemen nu vervolgens disciplinair omschrijven? Met andere woorden wat is de domeinoptiek van geestelijke zorgprofessionals? Ik omschrijf die als de menselijke conditie, dat wil zeggen de ervaren kwaliteit van het mens-zijn. Ten aanzien van de menselijke conditie onderscheid ik drie dimensies: een existentiële dimensie, die het wezen van het mens-zijn volgens zelf-identificerende thema's beschrijft; een ontwikkelingsdimensie die verwijst naar de levensloop waarin dergelijke thema's zich vormen en beleefd worden; en een contextuele dimensie die het sociale en culturele perspectief van de tijdgeest betreft en die dergelijke thema's normatief modelleren. Deze drie dimensies licht ik – exemplarisch – toe.

De existentiële dimensie vormt de eerste categorie; een even abstracte aanduiding als die van menselijke conditie. Toch is het bij uitstek een geesteswetenschappelijke term, waarin verschillende thema's schuil gaan. Met existentieel wordt bedoeld dat ieder een eigen plaats in de wereld heeft en zichzelf daarbinnen te omschrijven en vorm te geven heeft. Die zelfidentificatie is een dynamisch gegeven, waarbij autonomie – interne zelfbepaling – en heteronomie – externe beïnvloeding – de mate van controle over dat proces aanduiden. We willen ons lichaam, onze geest en onze sociale status in stand

houden of verbeteren maar we variëren voortdurend in mogelijkheden om dat te doen. Ziekte, depressie of reputatieverlies spelen op het ene moment; gezondheid, welzijn of erkenning op het andere. En vragen herkennen we aan de hand van emoties die deze dynamiek kenmerken: terugblikkend in gevoelens van schuld of dankbaarheid of vooruitblikkend in angst of hoop. De existentiële dimensie kent een vijftal thema's. Dat zijn allereerst levensthema's, een geheel van uitdagingen die doorgaans regelmatig terugkeren in het leven en die een persoon voor de taak stellen om antwoorden te vinden op de vragen en problemen die ermee verbonden zijn. Relationele thema's zijn evenzeer existentieel van aard. Ze hebben betrekking op de 'alteriteit' van het bestaan: de onontkoombaarheid van het feit dat we anders zijn dan anderen en nooit identiek aan hen terwijl we anderzijds telkens de modellen van anderen nodig hebben om te bepalen wie we zijn. Dat vergt een balanceertechniek van afstand en nabijheid die soms lukt en soms mislukt. Seksualiteit is een existentieel thema omdat het onze intentionaliteit als een lichamelijke categorie laat beleven. Het feit dat we samenvallen met ons lichaam impliceert dat we verlangende wezens zijn en onze identiteit fysiek beleven en kenbaar maken. Dan zijn er de morele thema's die normatief van aard zijn. Dergelijke thema's gaan over de juistheid of onjuistheid van ons handelen en bepalen onze zelfdefinitie in het perspectief van onszelf, dat van anderen en dat van de samenleving als zodanig. Zij maken duidelijk dat existentiële vragen niet alleen beantwoord maar vooral ook verantwoord moeten worden. Tenslotte zijn spirituele thema's relevant, die betrekking hebben op de ervaring van een excellente kwaliteit buiten onszelf die beleefd wordt als een beroep doend op onze wezensbepaling. Spiritualiteit wordt ideaaltypisch in de mystiek beleefd. Kenmerkend voor de spirituele beleving is dan – hier exemplarisch in de optiek van William James – de geestelijke beleving van een ultieme ('noëtische') kwaliteit; de onmogelijkheid om de beleefde excellente kwaliteit te omschrijven of recht te doen ('ineffabiliteit'); de onmogelijkheid er controle op uit te oefenen ('transiëntie'); en de begeleidende ervaring van ontvanke-lijkheid ('passiviteit') (James 1960, 367-368). Deze spiritualiteit wordt in allerlei genres beschreven en ook in verschillende stijlen uitgedrukt, en is mede afhankelijk van het register van de situatie waarin de ervaring plaatsvindt.

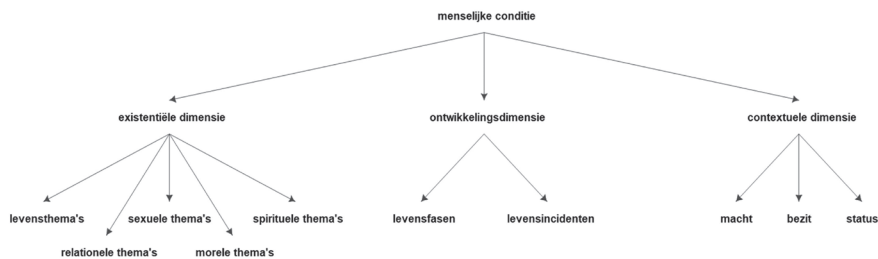
Een tweede dimensie die de menselijke conditie beschrijft heeft op ontwikkeling betrekking. De menselijke conditie varieert gedurende de levensloop. Soms wordt dat aangeduid met biografie maar dat introduceert direct de retoriek waarmee de levensloop voor een bepaald publiek geïnterpreteerd wordt terwijl er allereerst een meer wezenlijke ontwikkeling van het individu

(ontogenetisch) en van de soort (fylogenetisch) bedoeld wordt. Een ontwikkelingsgang die aansluit bij de thema's van de menselijke conditie is die van Erik Erikson, die een onderscheid naar levensfasen in verband brengt met taken die telkens op een existentiële spanning betrekking hebben. Hij onderscheidt daarbij in opklimmende leeftijdsfasen een dynamiek van vertrouwen versus wantrouwen; autonomie versus schaamte of twijfel; initiatief versus schuldgevoel; vlijt versus minderwaardigheid; identiteit versus identiteitsverwarring; intimiteit versus isolement; generativiteit versus stagnatie; en ego-integriteit versus wanhoop. Dergelijke spanningen stellen individuen voor uitdagingen die ze geestelijk te hanteren hebben in uitdagingen van achtereenvolgens hoop, wil, doelorïëntatie, loyaliteit, liefde, zorg en wijsheid (Erikson 1963). De ontwikkelings- en levensloopspsychologie hebben dergelijke klassieke indelingen inmiddels genuanceerd, gevarieerd en verder ontwikkeld op grond van empirisch onderzoek. Vanuit een geesteswetenschappelijk perspectief staat echter vooral de interpretatie van de spanningen en taken in de levensloop centraal. Hoe dan ook wordt de ontwikkeling van de interpretatie van de menselijke conditie niet alleen bepaald door dergelijke 'normale' indelingen van het leven. Ook 'niet-normale' aspecten beïnvloeden de interpretatie van de levensloop. Dan gaat het vooral om ingrijpende levensgebeurtenissen die zelf weer variëren naar de gevoelskleur ('valentie') en naar de mate waarin ze toeschrijfbaar ('attributie') zijn naar jezelf of naar anderen. Daarbij valt te denken aan belangrijke incidenten in de levensloop als huwelijk, geboorte van een kind, scheiding, overlijden van een geliefde, ziekte, verhuizing, aanstelling, ontslag, en allerlei andere gebeurtenissen die in relatie tot de levensloop als relevant of voor de interpretatie ervan als significant worden beleefd.

Tenslotte wordt een derde en eerder normatieve dimensie gevormd door de context van de menselijke conditie. Dit vormt een vaak miskend aandachtspunt in veel fenomenologische studies van de menselijke conditie. Zouden we die studie namelijk beperken tot de zojuist geschetste categorieën, dan ligt een individualisme voor de hand waarin de persoon tot een exclusief of prioritair kenmerk van het bestaan zou worden gerekend. Bezit (economie), macht (politiek), en status (cultuur) vertegenwoordigen daarnaast echter ook typisch contextuele dimensies van het menselijk bestaan. Paul Ricoeur brengt deze dimensies van respectievelijk '*avoir*', '*pouvoir*', en '*valoir*' in verband met disfuncties als hebzucht, heerszucht en eerezucht. Ze staan volgens hem echter in een verantwoordelijke samenleving ook voor het algemeen belang dat met een goede deelname in de instituties van economie, politiek en cultuur wordt gediend (Ricoeur 1955, 112-131). Daaraan kan nog iets toegevoegd worden. Onze

deelname in deze instituties maakt ons tot lotgenoot van historische gebeurtenissen die een grote impact hebben op de interpretatie van onze menselijke conditie. Enerzijds levert ieder tijdvak een eigen tijdgeest die de ervaring van betekenis situeert en zingeving mogelijk maakt. Anderzijds tasten gebeurtenissen de betekenisverlening ook aan. De Franse historicus Fernand Braudel tekent daarbij aan dat de impact van dergelijke gebeurtenissen op het individuele leven betrekking kan hebben (*'événement'*), maar tegelijkertijd ook vorm krijgt door processen van veranderende zingeving over de generaties heen (*'moyenne durée'*) en waarbij die impact bovendien afhankelijk is van de wijze waarop tradities van interpretatie zich door de eeuwen heen gaandeweg ontwikkelen (*'longue durée'*) (Braudel 1969).

Samenvattend heb ik de geestelijke domeinoptiek dus omschreven volgens drie dimensies van de menselijke conditie, namelijk de existentiële thema's die de mens identificeren, de ontwikkelingen ervan in de levensloop, en de contextuele positiebepaling ervan in de leefwereld (zie schema geestelijke domeinoptiek).



Religies en wereldbeschouwingen adresseren de menselijke conditie en bieden inspiraties en motivaties om de betekenis ervan te beleven in en aan het eigen leven. Daarmee is – zij het exemplarisch – het geesteswetenschappelijk object als domein van geestelijke zorg omschreven. Met andere woorden dit zijn de thema's die aandacht behoeven en waarvoor geestelijke zorgprofessionals zorgdragen. Ze vormen diagnostisch uit te werken aandachtspunten van zorg voor de manier waarop mensen zichzelf interpreteren als categorie van het mens-zijn zelf.

Geestelijke zorgtaken

Wat is het klinische domein van de geestelijke verzorging, zo luidde de vraag uit de inleiding. Nadat we deze vraag als optiek verhelderd hebben is het nu tijd om de eerder aangeduide thema's van de geestelijke zorg in verband te brengen met enkele generieke zorgtaken. Ik omschrijf hier eerst het belang van die taken om ze daarna formeel te typeren.

Men kan zich allereerst afvragen of het geestelijke zorgdomein eigenlijk wel thuis hoort in een klinische setting. Laat ik drie tegenargumenten geven voor de aanwezigheid van geestelijke zorg en die vervolgens weerleggen om zo het belang van domein-specifieke definities van zorgtaken aan te tonen. Een eerste tegenwerping is dan dat ook in de zorg een scheiding van kerk en staat in acht genomen behoort te worden. De aanwezigheid van kerkelijke vertegenwoordigers die niet onder klinisch gezag staan maar wel uit publieke middelen worden betaald, is een relict uit het verleden dat niet meer past in een seculariserende samenleving. Ook wordt wel beweerd dat religie en levensbeschouwing noch voor patiënten, noch voor zorgpersoneel veel betekenis meer hebben vanwege de secularisatie en ontkerkelijkheid. Die kritiek wordt door geestelijke zorgprofessionals wel gepareerd met een beroep op de vrijheid van godsdienst en levensovertuiging en de daarmee verbonden wetgeving in de zorg. Dat juridisch tegenargument dat nu eenmaal de gewetensvrijheid moet worden geborgd, ontbeert echter een professioneel motief. Vandaar het eerder aangevoerde belang om geestelijke zorg aan te bieden die omschreven is vanuit een algemeen belang dat in klinisch relevante termen omschreven wordt en dat ook publiek verantwoord wordt aan de hand van generieke kwaliteitsnormen.

Een tweede tegenwerping is van andere aard. Ze luidt dat geestelijke zorg vooral aandachtzorg is die geen academische scholing behoeft. Aandachtzorg volstaat met empathie zoals die door familie en andere zorgverleners al betoond wordt. Liefdevolle zorg en presentie vormen geen specialisme of professionele taak en dat mag het ook niet worden omdat dergelijke aandacht en presentie nu eenmaal op een sociale plicht betrekking hebben. Dat is een sterk argument dat het domein van de geestelijke zorg deprofessionaliseert en academische opleidingen in de geestelijke zorg overbodig maakt. Inderdaad veronderstelt geestelijke zorg geen patentrecht op geboden kwaliteit van aandacht; het is immers een elementaire houding en vaardigheid die in elk relatie-georiënteerd beroep en überhaupt in het sociale verkeer verondersteld mag worden. Presentie kan daarom inderdaad geen exclusief profielkenmerk

van geestelijke zorg zijn maar het vormt wel degelijk een noodzakelijke kwalificatievoorwaarde. Geestelijke zorg geldt immers vooral als *'emotion work'* waarvoor opleiding en training van belang is. Denk daarbij aan onderscheidingsvermogen tussen eigen emoties en die van anderen, en aan aandacht voor de typische resonantiefunctie die beide perspectieven met elkaar verbindt. Bovendien is inzicht in religieuze en levensbeschouwelijke *'texts, beliefs and practices'* van belang zoals dat kenmerkend deel uitmaakt van het geestelijk zorgdomein. Juist deze 'culturele' kant van betekenisbeleving vergt wetenschappelijke scholing in en kennis van de tradities die deze betekenissen in het *'emotion work'* bemiddelen.

Een derde tegenargument voor het aanbieden van geestelijke zorg heeft betrekking op het niet klinische karakter van het zorgdomein zoals ik dat eerder aangeduid heb. Inderdaad vertegenwoordigt 'zorg voor de menselijke conditie' op het eerste gezicht een niet-medische optiek. De eerder aangegeuide thema's beschrijven kenmerken van het mens-zijn zonder dat een normafwijking of disfunctie voor die beschrijving beslissend is, zoals dat bij de medische interpretatie van ziekte en gezondheid doorgaans wel het geval is. De menselijke conditie is per definitie 'normaal' in de zin van behorend bij wat we 'het leven' noemen. De klinische setting is echter wel de locatie waar mensen eerder worden geconfronteerd met dergelijke thema's. En in de mate waarin deze als problematisch ervaren worden, impliceren ze ook een beroep op zorg waarin op gegeven momenten professioneel moet kunnen worden voorzien. Er is dan ook weinig reden om in geestelijke zorg niet van behandelen te willen spreken. Hoezeer de menselijke conditie ook tot onze leefwereld wordt gerekend; indien problemen ermee zorg vereisen dan verdient het doelgerichte zorg die ook op de kwaliteit en effectiviteit ervan publiek beoordeeld moet kunnen worden.

Wat zijn nu de generieke taken die horen bij het geestelijk zorgdomein dat ik eerder thematisch aanduidde. Terugblikkend op het voorafgaande formuleer ik vijf kerntaken, namelijk: 1) de communicatie over levensthema's; 2) het helpen behartigen van de levensthema's in de levensloop; 3) het bevorderen van de morele normering van deze levensthema's in actuele kwesties; 4) de helpende interpretatie van religieuze en levensbeschouwelijke betekenisvormen (*'beliefs, texts and practices'*) als mogelijkheden tot zingeving aan de menselijke conditie; en 5) de interdisciplinaire afstemming op einddoelen van de klinische praktijk, zoals gezondheid en levenskwaliteit, preventie en herstel. Ik licht het belang van deze vijf kerntaken hier kort toe.

Een eerste kerntaak betreft de communicatie over levensthema's. In algemene zin wordt dat onderkend als het om het belang van gezondheidscommunicatie gaat. Communicatie is in de medische setting van cruciaal belang voor het realiseren van klinische doelen (Brown et al. 2016). In toenemende mate worden communicatievaardigheden ingeoeffend in de medische curricula, doorgaans aan de hand van casuïstiek die doorgaans van instructiemateriaal is voorzien (Belzer 2016). Levensthema's hebben echter doorgaans een latent karakter. Ze hebben betrekking op de 'instembaarheid' met de dagelijkse gang van zaken, en worden als levensvragen pas actueel op het moment dat vanzelfsprekendheden aangetast raken. De vraag of men vrede kan hebben met het leven verwijst naar die instembaarheid met het leven, en die vraag kan het gesprek over de menselijke conditie – de ervaren kwaliteit van het mens-zijn – in een klinische setting openen (Steinhauser et al 2006). In veel moderne samenlevingen is de plausibiliteit van religieuze of levensbeschouwelijke taal verminderd waardoor nieuwe termen gevonden moeten worden om existentiële thema's vervolgens uit te diepen. Ook omdat dergelijke communicatie over zingeving nog niet tot het repertoire van medische disciplines gerekend kan worden, kan de aandacht ervoor zich tot een blinde vlek ontwikkelen. Dat pleit ervoor dat een specialisme van geestelijke verzorging niet alleen gevoed wordt door counselings- en communicatie-theoretische inzichten maar ook door taaltheorie die een analytisch kader biedt voor de verschillende typen aanspraken, de metaforen en understatementen die in geestelijke zorggesprekken gewisseld worden, en die afgestemd moeten worden binnen het interdisciplinaire en interprofessionele werkverband.

Het belang van communicatie geldt uiteraard ook de tweede kerntaak die de ontwikkelingsdimensie betreft van wat we de menselijke conditie hebben genoemd. In tal van thema's in de 'life-span'-literatuur blijkt communicatie gedurende de levensloop een belangrijk punt van aandacht; ook in thema's van zingeving (Feldman 2017, 332-335). Voor de contemporaine klinische setting is echter ook een specifiek belang aan de orde, namelijk dat van de trajectbehartiging in de geestelijke zorg voor patiënten. Waar de klemtoon eerder vaak lag op 'short-term counseling' die gericht is op 'coping' met syndroom kenmerkende stressoren, vergt levensloopcounseling een procesdiagnostiek van zingeving over langere tijd. Nu de zorg een extramuraal karakter krijgt en meerdere disciplines een eerste-lijn praktijk kennen, vergt het klinische traject dat een patiënt in zijn ontwikkeling wordt gevolgd met dito zorgtrajecten. Bovendien staat in toenemende mate de patiënt centraal die in het beloop van eigen ziekte, stoornis of handicap een passende en vooral

duurzame manier moet vinden om betekenis te beleven in en aan de eigen levenssituatie. Weliswaar kunnen niet-normale gebeurtenissen de levensloop sterk beïnvloeden en daarmee een belangrijke rol vervullen; een punt blijft dat deze afgestemd moeten worden op levensloop-specifieke taken in de biografie. Een dergelijke ‘monitor op zingeving’ maakt het mogelijk om naast discipline-specifieke interventies van strikt klinische aard meer continue aandacht te blijven schenken aan voorwaarden en condities van positieve gezondheid, eigen regie en leefstijlverantwoordelijkheid.

Een derde kerntaak in de geestelijke zorg betreft de morele zorg voor levens-thema’s. Dat is niet hetzelfde als een pleidooi voor ethiek. De medische ethiek heeft zich ontwikkeld tot een zeer gespecialiseerde discipline op het raakvlak van recht en gezondheid. Ze heeft een eigen belang in de ethische borging van instellingsbeleid en de maatschappelijke positie van klinieken, en ze kent een daarmee verbonden casuïstiek in de verantwoording van medisch handelen. In onderscheid daarvan betreft normering van levensthema’s de morele motivatie om levensthema’s ter harte te nemen, dat wil zeggen te beoordelen op de kwaliteit ervan in het eigen leven en opgevat vanuit het perspectief van de menselijke conditie. Het gaat om moreel definiërende vragen zoals die in de praktische rede centraal staan: ‘wat is het juiste om te doen?’; hoe kan het goede het best worden bereikt?’; en ‘welke kwaliteiten dienen een goed persoon te kenmerken?’ (Williams 1995). Kwalificaties van morele aard sluiten aan op de beleefde existentiële thema’s en zijn relevant voor de ontwikkelingsfase en -thematiek in de eigen biografie (Hart 2005). Daarbij is in het bijzonder de taak van waardevermeerdering van belang omdat waarden op te vatten zijn als idiografische antwoorden op de zojuist aangeduide vragen van de praktische rede. Ze hebben een ervaringsbasis in het alledaagse leven en dragen bij tot een verheldering van de thema’s die om interpretatie en besluiten vragen (Van der Ven 1985, 42-46; 1998b, 235-282).

Een volgende kerntaak die in de geestelijke zorg aandacht behoeft, betreft de religieuze of levensbeschouwelijke kaders voor zingeving namelijk de ‘*texts, beliefs and practices*’. Het zijn ‘culturele producten’ die overgeleverd zijn als getuigenissen die significante overtuigingen (*‘beliefs’*) omschrijven in documenten die tot de kern van de betreffende cultuur worden gerekend (*‘texts’*) en die als zodanig ook uitgedrukt en vertegenwoordigd worden (*‘practices’*). Zoals eerder gezegd zijn het geen artefacten uit een cultureel archief maar vertegenwoordigen ze culturele mogelijkheden om de menselijke conditie te beschrijven, in het bijzonder op het moment dat de betekenis van het eigen leven op

het spel staat. Dat vergt ten aanzien van teksten taken van historisch-kritische analyse en hermeneutische interpretatie. Als het gaat om overtuigingen zijn taken aan de orde die het mentaal functioneren ten aanzien van behoeften, waarden, attitudes en verwachtingen beschrijven en verklaren. Precies dat voorkomt dat te weinig 'interpretatieve afstand' in acht genomen wordt ten aanzien van de betekenissen die in overgeleverde teksten worden aangekeerd. Het behoort met andere woorden tot de geloofsverantwoording. Taken zijn evenzeer aan de orde in religieuze en levensbeschouwelijke praktijken, waartoe in het bijzonder rituele vaardigheden kunnen worden gerekend. Die zijn op te vatten als bekwaamheden met betrekking tot motiverend en vertegenwoordigend omgaan met de modellen van de menselijke conditie die in 'texts' en 'beliefs' vervat liggen. Enerzijds hebben deze modellerende vaardigheden invloed op het onderhoudsproces van zingeving door het leven heen; anderzijds 'repareren' ze aantastingen van de menselijke condities op kritieke momenten wanneer dat proces van betekenis ervaren stukt.

'Last but not least' zijn er taken van belang die betrekking hebben op de afstemming van de voorafgaande taken op verschillende einddoelen van de klinische praktijk, zoals gezondheid, preventie, herstel, en levenskwaliteit. Een belangrijk aandachtspunt daarbij is diagnostiekontwikkeling. Zoals eerder gezegd is de terminologie van zingeving sterk verbonden met de verschillende tradities waarin de menselijke conditie religieus of levensbeschouwelijk omschreven is. Een klinische integratie van geestelijke zorg vergt dan ook het ontwikkelen van een diagnostiek die in publiek toegankelijke termen omschreven is, empirisch toetsbaar blijkt en voorzien is van dezelfde criteria die elders in het klinisch bedrijf gelden. Bovendien is een differentiële toespitsing van dit belang nodig op de verschillende klinische syndromen en is evenzeer een trajectgeleide behartiging noodzakelijk van de geboden zorg. Op dit moment is daarvan nog slechts sprake in de palliatieve zorg, waar spiritualiteit als een expliciet concept van zorg geldt (IKNL 2018). De bijdrage van geestelijke zorg aan klinische einddoelen vergt echter ook op andere terreinen ontwikkeling en inzet van diagnostiek. Daarbij kan een elementair onderscheid worden gemaakt naar drie typen klinische situaties waarin patiënten een beroep op geestelijke zorg kunnen doen: acuut lijden waarvoor directe interventiezorg geldt; chronisch lijden waarin het belang van continue aandacht noodzakelijk is; en terminaal lijden waarin zingeving op afscheid en evaluatie van het leven betrekking heeft.

Klinisch vormingsideaal

De Klinisch Pastorale Vorming (KPV) is al decennialang dé opleiding die geestelijke zorgprofessionals helpt vormen in het vak. Ze biedt trainingen aan voor pastores en geestelijk verzorgers die werkzaam zijn in kerkelijk verband of in settings van geestelijke verzorging binnen de zorg, defensie of justitie. Deze postinitiële training volgt op een reguliere professionele of ambtelijke master aan faculteiten van theologie of religiewetenschappen. In hoeverre behartigt de KPV nu de zojuist geschetste taken? Met het oog op een antwoord op deze vraag beschrijf ik de KPV kort, gevolgd door een drietal signalementen.

De KPV is ontstaan uit en verbonden met de ‘*Clinical Pastoral Education* (CPE)’ zoals die in de Verenigde Staten sinds de jaren twintig van de vorige eeuw in klinische trainingsprogramma’s wordt aangeboden. Zowel de ‘*New England Group*’ (Cabot, Institute of Pastoral Care, Boston) als de ‘*New York Group*’ (Boisen, Council for Clinical Training, New York) kenmerkten zich door een therapeutische oriëntatie met een sterke klemtoon op individuele ‘heling’, een losse band met religieuze instituties, en een immanentistische (protestants-liberale, piëtistische) theologie (Van der Ven 1998a, 48-63). De KPV heeft in het Amerikaanse thuisland nog steeds een herkenbare identiteit die de *Association for Clinical Pastoral Education* (ACPE) als volgt omschrijft:

‘Clinical Pastoral Education is interfaith professional education for ministry. It brings theological students and ministers of all faiths (pastors, priests, rabbis, imams and others) into supervised encounter with persons in crisis. Out of an intense involvement with persons in need, and the feedback from peers and teachers, students develop new awareness of themselves as persons and of the needs of those to whom they minister. From theological reflection on specific human situations, they gain a new understanding of ministry. Within the interdisciplinary team process of helping persons, they develop skills in interpersonal and interprofessional relationships’ (ACPE 2020).

Kenmerkend is dat de KPV gebaseerd blijkt op rapportage en evaluatie van de pastorale praktijk waarbij ‘procesleren’ wordt nagestreefd in kleine peer-groepen die volgens supervisie-gerelateerde methodieken worden begeleid. In educatief opzicht wordt steeds een drieslag gehanteerd van achtereenvolgens vorming, met het focus op persoonlijke en pastorale identiteit (*‘pastoral formation’*); competentie in functierelevante (theologische en gedragswetenschappelijke) kennis en vaardigheden (*‘pastoral competence’*); en reflectie, in het bijzonder op de eigen persoon en in het persoonlijk contact naar cliënten

(*pastoral reflection*). In de formulering van operationele opleidingsdoelen keert deze drieslag dan ook telkens terug.

Voortrekkers als Faber, Zijlstra en Berger introduceerden de KPV op grond van studiereizen in de Verenigde Staten vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw in Nederland. Daardoor is bijgedragen aan de internationale uitstraling van de CPE en werd de grondslag gelegd voor een eigen Nederlandse traditie van klinisch pastorale vorming. Eigen aangrijpingspunten werden gevonden in psychoanalytische tradities, de humanistische psychologie, de ervarings-theologie, een theologische hermeneutiek en de narratieve analyse. De karakteristieken ervan klinken nog steeds door in de opzet die de KPV in Nederland kenmerkt, getuige de wijze waarop de Raad voor Klinische Pastorale Vorming de KPV presenteert als een opleiding met specifieke aandacht voor de interactie van persoonlijke en professionele aspecten in pastoraat en geestelijke verzorging:

‘De Klinische Pastorale Vorming (KPV) is een specifieke vorm van postacademische opleiding voor de pastor, predikant of geestelijk verzorger, werkzaam in een categoriale of territoriale werksetting. De opleiding is gericht op het herijken van het handelen van de pastoraal werker/geestelijk verzorger, met als bijzondere focus de integratie van persoonlijke biografie, geloofs- of levensbeschouwelijke traditie en inzichten uit de gedragswetenschappen in de praktijk van de pastorale of geestelijke zorg. Daarbij wordt tevens rekening gehouden met de organisatorische setting en de maatschappelijke en culturele context waarbinnen pastorale of geestelijke zorg plaatsvindt. De reflectie op de professionele biografie maakt het mogelijk een sterkte-zwakte-analyse te maken van de persoon in relatie tot diens werk, verbindingen te ontdekken tussen eigen levensgeschiedenis en manier van handelen, te komen tot herwaardering van het pastorale beroep, invloeden op werkvrAGEN te leren onderscheiden en de werkelijkheidswaarde van theologische modellen en concepten te (her)ontdekken’ (Raad KPV 2020).

Het klinisch vormingsideaal biedt nog steeds een herkenbaar merk in de opleiding van geestelijke zorgprofessionals. Elementen van de geesteswetenschappelijke thema’s die ik eerder aan de orde stelde zijn er in beginsel in te plaatsen en minstens in conditionele zin is de KPV op te vatten als een klinische opleiding waarin de zorg voor de zelfinterpretatie van de menselijke conditie behartigd wordt. Wat is echter het zorgconcept dat de KPV daarbij hanteert, en hoe kan dat beter afgestemd worden op het geesteswetenschappelijk object van zorg dat ik eerder schetste? Ik beantwoord deze vraag aan de hand van drie signalelementen van de KPV.

Allereerst valt op dat de klemtoon in de KPV ligt op de persoon van de geestelijke zorgprofessional. Aan de verheldering van mentale disposities van de geestelijke zorgprofessional en reflectie op diens persoonlijke en professionele levensloop wordt veel waarde toegekend; eigenlijk ook als een instrumentaal belang voor de bejegening. ‘Je bent je eigen instrument’ is nog steeds een veel gehoorde uitdrukking in de geestelijke verzorging. In het verleden werd dat belang ook geschraagd door psychoanalytische, humanistische, en transpersoonlijke theorieën en dito onderwijsinstrumenten in de training. De klinische casuïstiek van de cliënt dreigt daarmee echter ook gereduceerd te worden tot een functie van de zelfanalyse van de professional. De KPV kende inderdaad een sterk aangezette supervisorische insteek met een accent op persoonlijk leren aan de werkervaring met als doel om zo transparanter en effectiever te kunnen functioneren (Schilderman 2009). Het lerend verkennen van eigen sterke en zwakke kanten met het oog op adequate rolhanting is nog steeds een onopzegbaar kenmerk van de KPV. Het heeft echter ook een ontbrekende andere kant, namelijk het belang van de analyse van de problematiek van de cliënt, die immers geestelijke zorg verwacht. De veronderstelling dat een meer adequate rolhanting en contactauthenticiteit die zorg ten goede komt, valt daarbij weliswaar als een elementaire conditie op te vatten; ze kan echter geen generiek doel zijn van geestelijke zorg als zodanig. Klinische diagnostiek van de geestelijke thematiek en problematiek van cliënten dient aan te sluiten op het supervisieproces. Met andere woorden een evenwichtig onderscheid tussen, en afstemming van klinische cliëntdiagnostiek en persoonlijke supervisie-doelen is van groot belang (Schilderman & Putman 2003). Een dergelijke diagnostiek is geholpen met een analyse van de thema’s die ik eerder omschreven heb.

Een tweede kenmerk van de KPV sluit op het voorafgaande aan. De klemtoon in de KPV-trainingen ligt op inductief- en praktijkleren, hetgeen op het eerste gezicht een valide antwoord vormt op het probleem van de afstemming van klinisch en supervisorisch leren. Dergelijk reflectief leren wordt vooral gevoed door inzichten uit de leertheorie van Kolb en Fry (1975) en Argyris en Schön (1978; Schön 1983). In die theorie gaat men ervan uit dat leren vooral door verwerking van eerder ervaren leersituaties wordt ontwikkeld, waarbij routines en eigen reflectie tot professionele competentie leiden. In de medische discipline wordt het belang van praktijk-gestuurd leren weliswaar onderkend (Grant et al. 2017), maar de klemtoon in onderwijs en training ligt er vooral op formele kennisoverdracht middels klinisch vastgestelde werkzaamheid (*evidence-based-practice*). De KPV hoeft de aansluiting op deze laatste vorm geenszins

te missen indien onderscheid gemaakt wordt tussen de verschillende taken, rollen en functies in de klinische praktijk. Zo maakt Hutschemaekers (2010) in de afstemming van praktische en theoretische oriëntaties in het leren onderscheid tussen achtereenvolgens de *'intuitive practioner'*; de *'reflective practioner'*; de *'scientist practioner'*; de *'evidence-based practioner'*; en de *'clinical scientist'*. Deze taxonomie laat een opbouw zien van meer inductieve naar meer deductieve oriëntaties in de verhouding van theorie en praktijk, waarbij telkens andere rollen en verantwoordelijkheden in het leren aan de orde zijn. Met andere woorden, het uiteenleggen van verschillende onderzoekstaken en -methodieken in de klinische praktijk maakt het mogelijk dat de eerder aangeduide zorgthema's ook op verschillende wijze onderzocht worden. Afhankelijk van het onderzoeksdoel kunnen zo ook verschillende belanghebbenden beter geadresseerd worden, zoals patiënten en cliënten ('wat is er met mij aan de hand?'); andere zorgdisciplines ('hoe dragen geestelijke zorgprofessionals tot zorg bij?'); zorginstellingen ('wanneer verwijzen we naar een geestelijke zorgprofessional?') en zorgverzekeraars ('bij welke indicaties werkt geestelijke zorg aantoonbaar?'). Het leren in en aan het geestelijk zorgdomein is gebaat bij een meervoudige onderzoekstrategie.

Een derde kenmerk van de KPV betreft haar confessionele en kerkelijke oriëntatie, waarnaar de pastorale naamgeving van de klinische training verwijst. Inderdaad vertegenwoordigt spiritualiteit een thema in de existentiële dimensie van de menselijke conditie, en gelden religieuze *'texts, beliefs and practices'* als elementaire bronnen in de zinbeleving van de eerder aangeduide thema's. Feitelijk echter onderhoudt de KPV geen formele band met achtergrondgenootschappen en dat geldt doorgaans ook voor de klinische instellingen waarin geestelijke zorgprofessionals werkzaam zijn. De cliëntèle benadert de zorgprofessional vaak niet als representant van een geloofsovertuiging, noch formuleert ze haar problematiek doorgaans in dergelijke termen. Het feitelijk aanbod van geestelijke zorg is hooguit op enkele zorgactiviteiten of -momenten confessie-specifiek te noemen. Dat betekent geenszins dat van een confessie-specifieke benadering afgezien moeten worden; het is immers een constitutioneel verankerd recht. Echter, onderkend moet worden dat het eigen kerkelijk perspectief in dat geval niet organisch aansluit op de klinische systematiek van diagnostiek, bejegening en behandeling bij andere disciplines die immers zonder aanzien des persoons geboden wordt. Met andere woorden, de verwijzing naar religieuze of kerkelijk identiteit mag de KPV profileren maar ze staat ook in spanning met de klinische doelorientatie van het werk en de arbeidsorganisatie van de zorg. Prudente antwoorden op

deze problematiek zijn te behartigen door enerzijds geestelijke zorgprofessionals op te vatten als beoefenaren van een vrij beroep dat publieke toegang tot zijn diensten garandeert. Anderzijds kan voorzien worden in afspraken tussen achtergrondgenootschappen en zorginstellingen voor die typisch ambt-gebonden taken en activiteiten zoals die door cliënten worden gewenst of verwacht (Schilderman 2015).

Leerwerkplaatsen

Geestelijke zorgtaken vergen aandacht op de eigen merites van de geesteswetenschappen, zo heb ik geargumenteed. Het object van de geestelijke zorg – de menselijke conditie – heb ik thematisch beschreven en in verband gebracht met taken van geestelijke zorgprofessionals. Dergelijke zorgtaken vergen ook kwalificaties die in opleidingen verworven worden. Dat gebeurt ook, bijvoorbeeld in de KPV zoals we zojuist zagen. Werkleerplaatsen in KPV-verband aan academische ziekenhuizen bieden daarvoor een innovatieve postnitiële werkvorm, zo licht ik hier tenslotte nog kort toe.

Een leerwerkplaats is een tijdelijke opleidingsperiode waarin een zorgorganisatie praktijkonderwijs verzorgt voor iemand die zich in het kader van een accreditatieverband kwalificeert voor een bepaalde taak of functie. Op die locaties waar ziekenhuizen of andere zorginstellingen leerwerkplaatsen als mogelijkheid aanbieden, bestaan uitstekende kansen voor het verwerven van gevorderde kwalificaties van geestelijke zorgprofessionals. De leerwerkplaats is daarmee op te vatten als het voor de hand liggende klinische model van opleiden zoals dat voor medische en paramedische disciplines gebruikelijk is. Opleiding, zorg en onderzoek gaan daarbij hand in hand; iets dat met name in academische ziekenhuizen sinds jaar en dag al een praktijk is en waarin het interdisciplinair leren aan de diagnostiek en behandeling van patiënten centraal staat. Voor wat betreft de opleiding van geestelijke zorgprofessionals vertegenwoordigt het inbouwen van de existentiële, ontwikkelings- en contextuele dimensie van de geestelijke zorg daarbij een grote uitdaging met veel kanten. Zo vergt het niet alleen een uitwerking van de eerder aangeduide geestelijke zorgtaken in termen van leerdoelen en onderwijsvormen, maar ook een landelijke accreditatie van de leerwerkplaatsen waarbij behalve opleidingen ook beroepsvereniging, zorgorganisaties en overheden betrokken moeten worden. Feitelijk biedt de Klinisch Pastorale Vorming de beste kansen om de ontwikkeling van dergelijke leerwerkplaatsen ter hand te nemen. Het

is de postinitiële opleiding met een valide nationaal en internationaal accreditatieverband, en ze is vertrouwd met passende werkvormen in training en onderwijs. Niettemin is in dat verband al langer geweest op de noodzaak van een heroriëntatie op haar uitgangspunten (zie b.v. Vossen 1991). Een innovatie zou daarbij vooral een verschuiving van prioriteit betekenen, van aandacht voor de geestelijke zorgprofessional naar die voor diagnostiek van de patiënt, van kerkelijke naar professionele affichering, van mono- naar interdisciplinariteit in het klinisch bedrijf, van inductief leren naar verschillende onderzoek-gevoede leertechnieken.

Laat ik slechts ter illustratie een kleine voorzet doen ter rubricering van aandachtsvelden in dergelijke leerwerkplaatsen. Daarbij zijn twee innovatieve perspectieven van belang, namelijk een goede trajectfasering in de geestelijke zorg, en het bepalen van veranderingsdoelen in de geestelijke zorg. Wat het eerste perspectief betreft is geestelijke zorg gediend bij het faseren van de zorg volgens de verschillende stadia waarin patiënten met de zorg te maken krijgen. Dat kan volgens het zogenaamde 8 fasen-model gestalte krijgen dat al breed wordt ingezet. Het model is een typisch interdisciplinair begeleidingsmodel met een klemtoon op het volgen van een proces met als primair 'leefgebied' de zingeving: dat wat de cliënt motiveert (Leeuwen-den Dekker et al 2014, 11). Het tweede perspectief heeft vooral te maken met de uitwerking van veranderingsdoelen in de thema's die ik eerder als behorend tot het geestelijk zorgdomein aanduidde. Daarbij kan het accent wat komen te liggen op het type – acuut, chronisch of terminaal – lijden dat bij deze thema's al dan niet aan de orde is. Deze typen lijden verschillen van elkaar en het inventariseren van dergelijke geestelijke thema's aan de hand van patiëntcasuïstiek vormt bij elk van deze typen het uitgangspunt van werken en leren. De veronderstelling daarbij is dat deze drie typen lijden telkens andere uitdagingen voor patiënten stellen en dito varianten van geestelijke begeleidingstaken vergen. De onderstaande matrix biedt een schema waarin de trajectfasering gerubriceerd wordt naar zorginnovatiedoelstellingen bij acuut, chronisch en terminaal lijden, en waarbij de nog open cellen nader te operationaliseren zorgtaken van geestelijke zorgprofessionals vergen.

		Innovatiedoelen van geestelijke zorg naar type lijden		
		Acuut	Chronisch	Terminaal
trajectfasering geestelijke zorg	Aanmelding			
	Intake			
	Opstart			
	Analyse			
	Planning			
	Uitvoering			
	Evaluatie			
	Uitstroom			

De inrichting van leerwerkplaatsen biedt een interdisciplinair te ontwikkelen structuur die bijdraagt aan een leergemeenschap van zingevingszorg. Het klinisch belang daarvan is de bijdrage van geestelijke zorg aan gedeelde medische einddoelen. Leerwerkplaatsen vergen een formidabele investering waarbij draagvlak van de verschillende belanghebbenden belangrijk is. Het typische innovatiebelang voor zingeving en geestelijke zorg wordt door wetenschappelijke fondsen ondersteund met het oog op de ontwikkeling van een leergemeenschap op dit punt (Van den Berg 2020). Leerwerkplaatsen bieden hierin een bijdrage aan de ontwikkeling van interdisciplinaire geestelijke zorg die nu eenmaal dergelijke investeringen vergt.

Conclusie

In deze bijdrage heb ik me de vraag gesteld hoe het domein van geestelijke zorgprofessionals omschreven zou moeten worden. Ik heb daarbij het belang aangetoond van een eigen geesteswetenschappelijk profiel dat in een aantal generieke taken van geestelijke zorgprofessionals gestalte kan krijgen. Een innovatie van het klinisch pastorale vormingsideaal biedt daarvoor uitstekende kansen, met name in de vorm van postinitiële leerwerkplaatsen. De structuur daarvoor vergt grote investeringen maar het model ervoor is klinisch gangbaar en voor de ontwikkeling van het geestelijk zorgdomein dan ook veelbelovend.

Literatuur

- ACPE (2020),
 ACPE, <https://acpe.edu/education/cpe-students> (retrieved 10-08-2020).
- Arendt, H. (1958),
The Human Condition, Chicago: University of Chicago Press.
- Argyris, C. & D. Schön (1978),
Organizational learning: a theory of action perspective, Addison-Wesley OD series. 1.
 Reading, MA: Addison-Wesley.
- Belzer, E. (2016),
Skills Training in Communication and Related Topics, Boca Raton: CRC Press.
- Berg, M. van den (2020),
Programma Zingeving en Geestelijke verzorging, (Mei 2020), Den Haag: ZonMw.
- Brown, J., K. Noble, A. Papageorgiou & J. Kidd, (eds) (2016),
Clinical Communication in Medicine, Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bod, R. (2013).
A New History of the Humanities: The Search for Principles and Patterns from Antiquity to the Present, Oxford: Oxford University Press.
- Braudel, F. (1969),
Écrits sur l'histoire, Paris: Flammarion.
- Dekker, P. & J. den Ridder (2020),
Burgerperspectieven 2020 | 1. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Erikson, E. H. (1963),
Youth: Change and challenge, New York: Basic books.
- Feldman, R. (2017),
Life span development; a topical approach, Boston: Pearson.
- Fortmann, H. (1959),
Wat is er met de mens gebeurd?, Bilthoven: Ambo.
- Grant, A., J. McKimm & F. Murphy (2017),
Developing Reflective Practice. A guide for medical students, doctors and teachers,
 Chichester: Wiley.
- James, W. (1960),
The Varieties Of Religious Experience. A Study In Human Nature, Glasgow: Fountain Books.
- Hart, D. (2005),
 The Development of Moral Identity, in: Carlo, G. & C. Pope-Edwards (eds), *Moral Motivation through the Life Span*, Lincoln, University of Nebraska Press, 165-196.

- Hutschemaekers, G. (2010),
De psycholoog als scientist-practitioner, in: Kessels, R., G. Hutschemaekers & D. Beckers (red.), *Psychologie en praktijk*, Den Haag: Boom Lemma, 15-42.
- IKNL (2018),
Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase. Landelijke richtlijn, Versie: 2.0. <https://www.pallialine.nl/zingeving-en-spiritualiteit>. (retrieved 17-09-2020).
- Jong, A. de (2019),
Getuigen van de Geest. Een praktisch theologische benadering van interreligieuze dialoog, Z.p.
- Kolb, D. & R. Fry (1975),
Towards an applied theory of experiential learning, in: Cooper, Cary L. (ed.), *Theories of group processes*, Wiley series on individuals, groups, and organizations, London: Wiley.
- Leeuwen-den Dekker, P., D. Heineke & A. Pol (2014),
Het 8-fasenmodel. Cliënten in de maatschappelijke zorg begeleiden, Den Haag, Movisie/VWS.
- Macquarrie, J. (1982),
In Search of Humanity. A theological and philosophical approach, London: SCM Press Ltd.
- Raad KPV (2020),
<http://www.raadkpv.nl/kpv.htm>. Retrieved 10-08-2020.
- Ricoeur, P. (1955),
L'image de Dieu et l'épopée humaine, in: *Histoire et vérité*, Paris: Seuil, 112-131.
- Schilderman, H. (2009),
Wat is er geestelijk aan de geestelijke zorg?, Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Schilderman, J.B.A.M. (2010),
Academisch Kwalificeren in de Klinische Pastorale Vorming, in: Draak, C. den (red.), *Van Kapucijn tot consulent spirituele zorg*, Tilburg: KSGV, 109-125.
- Schilderman, H. (2015),
Van Ambt naar Vrij Beroep. De geestelijke verzorging als voorziening in het publieke domein, in: *Tijdschrift voor Recht, Religie en Beleid*, 6 (2), 5-23.
- Schilderman, J.B.A.M. & W. Putman (2003),
Pastoral Supervision Assessment, in: *Journal of Empirical Theology*, 16 (2), 533-549.
- Schön, D. (1983),
The reflective practitioner: how professionals think in action, New York: Basic Books.
- Steinhauser, K., C. Voils, E. Clipp, H. Bosworth, N. Christakis & J. Tulsy (2006),
"Are You at Peace?" One Item to Probe Spiritual Concerns at the End of Life, in: *Arch Intern Med*, 166 (1), 101-105.

- Ven, J. van der (1985),
Vorming in waarden en normen, Kampen: Kok Agora.
- Ven, J. van der (1993),
Ecclesiologie in context, Kampen: Kok.
- Ven, J. van der (1998a),
Education for Reflective Ministry, Louvain: Peeters.
- Ven, J. van der (1998b),
Formation of the Moral Self, Grand Rapids: Eerdmans.
- Vossen, H.J.M. (1991),
Klinische Pastorale Vorming als religieus-communicatief leerproces, in: *Praktische Theologie*, 18 (2), 176-196.
- Williams, B. (1995),
Ethics, in: Grayling, A. (ed.), *Philosophy: A guide through the subject*, New York: Oxford University Press, 546–582.