

AUTONOMIE EN GEMEENSCHAP

Een debat over levensbeschouwing
en psychotherapie

Bert Loonstra



Buijten & Schipperheijn *Motief* – Amsterdam

Deze publicatie is onderdeel van de reeks Verantwoording, die wordt uitgegeven in samenwerking met Stichting voor Christelijke Filosofie.



STICHTING VOOR
CHRISTELIJKE FILOSOFIE

© 2018 Buijten & Schipperheijn *Motief*, Amsterdam

ISBN 978-90-5881-991-8

Vormgeving (basis): Aperta, Jan Johan ter Poorten

Behoudens uitzonderingen krachtens de Auteurswet van 1912 mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen of openbaar gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgevers.

Voor het maken van kopieën uit deze uitgave, ook voor zover toegestaan door de Auteurswet, zijn vergoedingen verschuldigd. Voor betaling van vergoedingen en voor toestemming voor het overnemen van gedeelten in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken wende men zich tot de uitgevers, Postbus 22708, 1100 DE Amsterdam Zuidoost.

Inhoud

WOORD VOORAF	7
HOOFDSTUK 1: INLEIDING	9
1.1 Eerste verkenning	9
1.2 Levensbeschouwing	17
1.3 Psychotherapie	23
1.4 Verbindingen tussen levensbeschouwing en psychotherapie	26
1.5 Geschiedenis van het christelijke-integratiedebat ..	30
1.6 Relevante levensbeschouwelijke thema's	32
1.7 Het onderzoek	36
HOOFDSTUK 2: HET CHRISTELIJKE-INTEGRATIEDEBAT	39
2.1 De kennisleer	40
2.2 Het mensbeeld	53
2.3 Invloed op psychotherapie	64
2.4 Interne evaluatie	72
HOOFDSTUK 3: ANALYSES VANUIT CHRISTELIJK-FILOSOFISCH PERSPECTIEF	81
3.1 Christelijke filosofie als externe richtlijn	82
3.2 Psychologische wetenschap afhankelijk van Bijbelse waarheden (ad a)	91
3.3 Theologie en psychologie: twee bronnen (ad b)	98
3.4 Psychologie en psychotherapie (ad c)	104
3.5 Psychotherapie en pastoraat (ad d)	109
3.6 Slotsom	114
HOOFDSTUK 4: ANALYSES VANUIT EEN AANVULLEND CULTUURHISTORISCH PERSPECTIEF	117
4.1 Historische reflecties op het zelf	117
4.2 Zelfbeheersing en/of zelfovergave (ad e)	126
4.3 Slotsom	130

HOOFDSTUK 5: PSYCHOTHERAPIE EN CHRISTELIJK GELOOF ...	133
5.1 Spanningen	134
5.2 Van spanning naar wisselwerking	137
5.3 Meer dan subjectiviteit: antropologische basisnoties	144
5.4 Model voor de verbinding tussen het zelf en de leefwereld	148
5.5 Evaluatie	159
 HOOFDSTUK 6: BREDERE GELDIGHEID VAN DE RESULTATEN ...	 165
6.1 De mogelijkheid voor generalisatie	165
6.2 Joodse orthodoxie	167
6.3 Islam	176
6.4 Transpersoonlijke psychologie	183
6.5 Conclusies	191
 HOOFDSTUK 7: TOEPASSING	 197
7.1 Bruikbaarheid, doel, methode	197
7.2 Casus 1	198
7.3 Casus 2	208
7.4 Casus 3	214
7.5 Conclusies	221
 HOOFDSTUK 8: SLOTSOM	 225
8.1 Verband tussen levensbeschouwing en psychotherapie	225
8.2 Psychotherapeutische professionaliteit	232
 HOOFDSTUK 9: DE HERSTELBEWEGING: EEN ACTUELE VERDIEPING	 237
 NOTEN	 255
 VERANTWOORDING: CHRISTELIJK-FILOSOFISCHE REEKS	 275

Woord vooraf

Deze studie gaat over de relatie tussen levensbeschouwing en psychotherapie. Daarvoor is een aanleiding. Mijn belangstelling als theoloog en psycholoog was al eerder gewekt door het verschil in de perceptie van *autonomie*. Binnen de geestelijkegezondheidszorg wordt die anders gewaardeerd dan binnen de kerk. De ggz beschouwt autonomie als kernwaarde, in orthodox-christelijk denken daarentegen is autonomie verdacht. Bepaalde wetten en normen worden daar aanvaard als door God gegeven en niet door mensen gekozen. Op een zeker moment realiseerde ik mij wel, dat je met niet-identieke autonomieconcepten te maken hebt. Dat verzachtte de tegenstelling. Toch blijft er een aanzienlijke overlapping in de diverse manieren waarop de term autonomie wordt gebruikt. Daardoor kwam ik niet los van de vraag in hoeverre de verschillende benaderingen verenigbaar zijn. We stuiten hier op de centrale vraag in dit boek. Die formuleer ik voorlopig zo: in hoeverre is psychotherapie verenigbaar met allerlei levensbeschouwingen in het algemeen, en met christelijke levensbeschouwingen in het bijzonder? Het antwoord is van direct praktisch belang voor christenen die overwegen gebruik te maken van het hulpaanbod van de ggz, en voor christelijke hulpverleners en instellingen die willen aansluiten bij de reguliere ggz.

Het boek is een bewerking van mijn proefschrift *Worldview and psychotherapy: An analysis of the Christian integration debate*, dat ik in 2016 aan de Vrije Universiteit verdedigd heb, en dat onder supervisie van prof. dr. Gerrit Glas tot stand kwam. Deze bewerking is bedoeld voor een breder publiek dan alleen het academische.

Mijn dank geldt allereerst de redactie van de serie Verantwoording van uitgeverij Buijten & Schipperheijn, die deze bijdrage in de reeks wilde publiceren. Bijzondere dank gaat uit naar dr. Bart Cusveller, die mijn vertaal- en aanpassingswerk kritisch heeft begeleid, en aan emeritus prof. dr. Henk Geertsema, die mij nog aanwijzingen gaf voor de weergave van de wijsbegeerte van Herman Dooyeweerd. Ewoud de Jong, eerste geneeskundige en psychiater bij Eleos, heeft een kritische blik geslagen op het laatste hoofdstuk, waarvoor ik hem erkentelijk ben. Dr. Henk de Vries heeft daarna de puntjes op de i gezet, en meer dan dat. Daarvoor mijn dank. Ten slotte noem ik met waardering de redactie van uitgeverij Buijten & Schipperheijn die de laatste taalkundige correctie heeft verricht en daarbij ook meer inhoudelijk op een prettige en pittige manier heeft meegedacht.

In vergelijking met het proefschrift lopen de volgende veranderingen het meest in het oog. De beschrijving van het integratiedebat in Noord-Amerikaanse tijdschriften is gecomprimeerd tot wat in onze context van betekenis kan zijn. En aan het eind is een hoofdstuk opgenomen dat de uitkomsten in verband brengt met de herstelbenadering binnen de ggz, die veel aandacht trekt.

Hopelijk kan ik de beroepsgroep met deze studie van dienst zijn, om levensbeschouwelijke thema's gestructureerd aan de orde te kunnen stellen in psychotherapie. Vanwege de cultuurhistorische en hermeneutische reflecties én vanwege de betekenis van het toegevoegde negende hoofdstuk voor de positiebepaling van het gemeentepastoraat, heeft dit boek ook voor theologisch geschoolde werkers in de gemeente een boodschap.

Gouda
maart 2018

1 Inleiding

1.1 Eerste verkenning

Keuze van het thema

De aanleiding voor het thema ligt in het verschil dat ik waarnam in waardering voor het concept ‘autonomie’ in de wereld van de ggz enerzijds en in kerk en theologie anderzijds. Mijn interesse werd versterkt toen ik een enquête onder leden van de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP) hield (N=68). Het was een onderzoek naar hun opvattingen over christelijke ggz.¹ Op de vraag wat typisch christelijk georiënteerde therapie is, antwoordde 74% ‘het bieden van een veilige omgeving voor christelijke/gelovige cliënten’, 85% kruiste ‘begrip van de hulpverlener voor de godsdienstige aspecten van de problematiek’ aan. Slechts 24% gaf het meerkeuzeantwoord ‘een christelijke visie op de autonomie van de cliënt’. Dat suggereert dat slechts een minderheid van de hulpverleners zich bewust was van de spanningen die het begrip autonomie oproept.

In de loop van de tijd kwam ik erachter dat er meerdere niveaus in het concept ‘autonomie’ zijn te onderscheiden:

- morele autonomie, gedefinieerd als zelfbepaling of zelfbeschikking, met het morele recht en de morele plicht dienovereenkomstig te handelen; bevrijding van bevoogding en extern moreel gezag (vergelijk Kant);
- juridische autonomie, waarin binnen de relatie tussen therapeut en patiënt het recht op akkoordverklaring na uitleg (*informed consent*) en op inzage in het eigen patiëntendossier geregeld is;
- rationele autonomie, dat is de rationele vaardigheid het overzicht te bewaren en het eigen leven op orde te houden;

- emotionele autonomie, waarmee het vermogen wordt bedoeld zonder emotionele blokkades zichzelf te verstaan als vrij individu, zelfstandig beslissingen te nemen, die te verdedigen en daarnaar te handelen (vergelijk Eriksons² ontwikkelingsfase van autonomie versus schaamte en twijfel).³

In elke psychotherapeutische setting is de juridische autonomie voorondersteld, terwijl de focus van de behandeling veelal op emotionele autonomie ligt, en ook wel op rationele autonomie. Afhankelijk van de levensbeschouwingen van de therapeut en de patiënt kan deze focus worden uitgebreid naar morele autonomie.

Deze onderscheidingen kunnen ons helpen om de hierboven gesignaleerde spanning tussen psychotherapie en christelijk geloof niet te overdrijven. De oplossing schijnt voor de hand te liggen: seculiere zowel als christelijke therapeuten staan achter juridische, rationele en emotionele autonomie, maar anders dan de eerste groep wijst de tweede morele autonomie af, omdat zij het gezag van God in morele aangelegenheden erkent. Toch kan dit niet het laatste antwoord zijn, want de onderscheidingen zijn geen waterscheidingen. De vier niveaus van autonomie hebben een gemeenschappelijke noemer die spanning blijft veroorzaken. Deze gemeenschappelijke noemer is het zelfvertrouwen waarmee individuen voor zichzelf opkomen. Rationele en emotionele autonomie lijken te tenderen in de richting van morele autonomie: je komt voor jezelf en je eigen mening op, ook als anderen die ertoe doen het niet met je eens zijn. Omgekeerd lijkt morele autonomie wettelijk geformaliseerd te worden door juridische autonomie. Als dit waar is, zijn de niveaus onderling verbonden. Op alle niveaus wordt het individuele zelf centraal gesteld. Daarin komt een andere oriëntatie tot uitdrukking dan in belangrijke Bijbelse waarden als dienende liefde en onderwerping. Dit maakt het plaatje complex. Levensbeschouwelijke vragen blijken hier aan de orde te zijn. Mijn verlangen dit verder uit te zoeken is er alleen maar door toegenomen.

Bij het zoeken naar een uitweg uit het dilemma werd mijn aandacht getrokken door het Noord-Amerikaanse debat over de verhouding van psychologie en christelijk geloof. Dit debat kwam meer dan veertig jaar geleden op gang en is nog steeds gaande. Het is het grondigste debat over dit thema op academisch niveau. Toch spreekt de ondertitel niet van 'christelijk geloof en psychotherapie',

maar van 'levensbeschouwing en psychotherapie'. De reden hiervoor is, dat ook de levensvisie van de therapeut bij het onderzoek betrokken moest worden, ook en juist wanneer die geen affiniteit heeft met het christelijk geloof.

Drie casussen

De drie casussen die nu volgen, geven een indruk van de frictie die kan ontstaan als gevolg van de verschillende visies op ons mens-zijn.

Casus 1

Sarah is 30 jaar, alleengaand en lid van een orthodox-gereformeerde kerk. Zij heeft het gevoel dat zij een wending aan haar leven moet geven. Zij heeft een hogere beroepsopleiding en een redelijk betaalde baan in de administratie van een handelonderneming in een provinciestadje, een paar straten bij haar moeder vandaan. Sarah is enig kind en pas laat in het huwelijk van haar ouders geboren. Na de dood van haar vader voelt zij zich als mantelzorger verantwoordelijk voor haar moeder die altijd al zwak is geweest en bij wie onlangs de ziekte van Parkinson is vastgesteld. Dit voorspelbare leven bevredigt haar niet langer. Ze kan er niet meer tegen dat haar moeder zo veeleisend is. Ze verlangt ernaar een nieuwe start te maken in een grote stad, daar een interessante baan te zoeken en nieuwe vrienden te maken. Haar ideaal is het stichten van een gezin. Maar er is ook een andere kant. Als ze eraan denkt dat ze haar moeder achterlaat, terwijl die steeds afhankelijker wordt, dan voelt ze zich depressief, angstig en schuldig. Na maanden van slecht slapen en uiteindelijk ziekmelding verwijst de huisarts haar door naar de ggz. Het ziet ernaar uit dat een van de belangrijkste behandeldoelen de versterking van haar autonomiebesef moet zijn, om keuzes te kunnen maken zonder angst. Maar hoe moeten we de emotionele autonomie waarderen als we die afzetten tegen het morele appel van solidariteit met haar moeder dat op haar gedaan wordt? Om het nog ingewikkelder te maken: leden van de kerkelijke gemeente prijzen haar voortdurend dat zij deze taak op zich neemt. Conflicterende morele waarden en levensvisies spelen een centrale rol.

Casus 2

Achmed is een Marokkaanse immigrant van 61 jaar, die als jongen van twaalf met zijn moeder naar Nederland is gekomen. De huisarts heeft hem doorverwezen naar de ggz vanwege depressieve klachten. Met zijn veel jongere tweede vrouw heeft hij twee dochters die verregaand geassimileerd zijn met de westerse samenleving. Ze zijn afkerig van de traditionele moslimkledingcode voor vrouwen en lachen hem uit als hij met kandidaat-echtgenoten komt aanzetten. Regelmatig blijven ze 's nachts buitenshuis en gedragen ze zich, zoals hij dat ziet, als hoeren. Hij voelt zich vernederd en beschaamd. Hij heeft argwaan ten opzichte van de ggz en voelt daarom weerstand tegen het advies van de huisarts. Uiteindelijk geeft hij toe en gaat hij naar de ggz-instelling omdat hij van zijn lagerugklachten af wil. Het team bespreekt zijn toestand. Moet hij worden gediagnosticeerd als een patiënt, of gaat het om een alledaags generatieconflict dat gecompliceerd wordt door de culturele verschillen waarmee mensen van Marokkaanse afkomst te maken krijgen in de westerse wereld? Na een serie van vijf gesprekken met Achmed wordt een duidelijker beeld verkregen. De depressieve gevoelens hangen samen met een aangetast gevoel van eigenwaarde. Een neurotische stoornis lijkt aannemelijk. Tegelijkertijd is zijn superioriteitsgevoel als vader religieus en cultureel bepaald. Is het verstandig hem een mannelijke therapeut toe te wijzen, in het licht van zijn culturele achtergrond? Is de instelling bereid deze concessie te doen? En zijn de hulpverleners bereid toe te geven aan de levensbeschouwing van de patiënt? Of worden ze zelf geleid door cultureel bepaalde weerstanden tegen de houding van de patiënt?

Casus 3

Jeffrey van 24 heeft diverse depressieve periodes doorgemaakt. Hij heeft een Surinaamse achtergrond en werd opgevoed in een familie in Amsterdam die banden had met een migrantenkerk. Zijn moeder stierf toen hij negen was. Zijn vader is hertrouwd en zijn stiefmoeder ontpopte zich als de absolute heerser in het huisgezin. Met klagen hoefde je bij haar niet aan te komen. Jeffrey raakte steeds meer geïsoleerd; zijn pogingen haar genegenheid te winnen stuitten af op haar kritische houding. Zijn misstappen en

fouten werden hem zwaar aangerekend. Zijn problemen kwamen tot uiting op het seksuele vlak. Hij had tijden waarin hij veelvuldig masturbeerde. Daarnaast had hij enkele homoseksuele contacten. De zeldzame afspraken die hij maakte gaven hem meer spanning dan bevrediging. Vaak was hij impotent. In zijn jaren als twintiger had hij contacten met beide seksen die hem met opwinding en vrees vervulden. Na iedere poging voelde hij zich diep schuldig, wat zijn diepe gevoel van falen alleen maar versterkte. Hij verachtte zichzelf. Hij werd slonzig, beet op zijn nagels, draaide zijn haar om zijn vingers en verwondde zichzelf. Drie keer trof hij voorbereidingen om zichzelf het leven te benemen, maar deinsde daar uiteindelijk voor terug. Hij probeerde marihuana, gebruikte slaappillen tegen slapeloosheid, pepillen om zijn vermoeidheid te overwinnen, en greep naar pornografie. Op het laatst werd hij in verwarde en verwaarloosde toestand door een welzijnswerker bij een huisartsenpost gebracht, en vervolgens door de huisarts doorverwezen naar de ggz.⁴

Hier zijn zowel rationele als emotionele autonomie aan de orde. We richten ons op de emotionele kant van zijn toestand – een aspect dat in psychotherapie prioriteit heeft – en proberen die te relateren aan morele autonomie. Hoe moeten hulpverleners omgaan met Jeffreys gevoelens van ontoereikendheid en schuld na een periode van aanpassing en ontwenning? Ongetwijfeld zal de therapeutische relatie een sleutelrol vervullen: onvoorwaardelijke acceptatie door de therapeut biedt een nieuw referentiekader voor Jeffrey om weer zelfvertrouwen te krijgen. En standaard zullen therapeuten trachten te bepalen of de schuldgevoelens reëel zijn of niet. Maar dat is nog niet het hele verhaal. Zou er een verband bestaan tussen Jeffreys schuldgevoelens en zijn christelijke opvoeding? Zouden therapeuten deze mogelijke relatie moeten exploreren, en als die er zou blijken te zijn, zouden zij dan de doorwerkende christelijke opvattingen over zonde en schuld moeten relativeren om zo de schuldgevoelens te reduceren? Of is het beter Jeffrey in deze opvattingen te steunen en hem uit te nodigen zijn zonden voor God te belijden en hem te verzekeren dat God hem vergeeft? Of moeten ze het aan Jeffrey overlaten of hij het christelijk geloof bij de behandeling wil betrekken?

Analyse

Deze drie voorbeelden laten ten minste twee kenmerken zien van de therapeutische praktijk. Het eerste, meest in het oog lopende kenmerk is het verschil in levensbeschouwingen die een rol spelen binnen één persoon (casus 1), of tussen de patiënt en de therapeut (casus 2 en mogelijk casus 3). In de eerste casus is er een strijd om de voorrang op het morele vlak tussen de waarde van persoonlijke autonomie en vrijheid enerzijds, en de waarde van verantwoordelijkheid en loyaliteit ten opzichte van de moeder anderzijds. De spanning op het morele vlak wordt vergezeld van een spanning op het emotionele vlak tussen gebondenheid en een verlangen naar onafhankelijkheid. In het tweede geval staat de religieuze en culturele levensvisie van de patiënt haaks op de levensvisie die een verlichte seculiere therapeut er waarschijnlijk op nahoudt. De derde casus brengt een situatie naar voren waarin een godsdienstig geïnspireerde levensbeschouwing voor de patiënt mogelijk aan de orde is zonder dat dit evident is. De vraag is dan of dit verder zou moeten worden geëxploreerd en of daar rekening mee moet worden gehouden. De drie casussen laten buiten beschouwing dat naast de private levensvisies van de patiënt en de therapeut nog andere factoren hun inbreng hebben, zoals de normen van de professie en van de specifieke instelling waar de patiënt zich heeft aangemeld.

In onze multiculturele pluralistische westerse maatschappij is herhaaldelijk aandacht gevraagd voor zulke diverse, soms conflicterende en ook veelal verborgen bindingen. In de professionele gedragscodes voor praktiserende psychologen wordt respect voor het geloof van de patiënt geëist als basishouding. Een vertaalde aanhaling uit de *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* die uitgaat van de American Psychological Association (APA) kan als voorbeeld dienen.⁵

Psychologen zijn zich bewust van en respecteren culturele, individuele en rolgerelateerde verschillen, waaronder die gebaseerd op leeftijd, geslacht, identiteit, ras, etniciteit, cultuur, oorspronkelijke nationaliteit, godsdienst, seksuele oriëntatie, beperking, taal en sociaaleconomische status. Zij houden rekening met deze factoren wanneer zij met leden van zulke groepen werken. Psychologen doen hun best het effect te elimineren dat vooringenomenheid ten opzichte van deze factoren op hun werk heeft.

Behalve dat er respect voor de levensbeschouwing van de patiënt wordt gevraagd, heeft in allerlei onderzoek een keur aan religieuze levensvisies aandacht gekregen. Veel publicaties constateren een positieve invloed van godsdienst en spiritualiteit bij mensen die in psychotherapie gaan, wanneer de therapie uitgevoerd wordt volgens de richtlijnen van de aparte afdeling in de APA voor religie en spiritualiteit (Divisie 36). De inleiding op deze richtlijnen bevat de volgende programmatische uitspraak.⁶

Godsdienstpsychologie bevordert de toepassing van psychologische onderzoeksmethoden en interpretatiekaders op diverse vormen van religie en spiritualiteit; ze stimuleert dat de resultaten van dit werk in klinische en andere toegepaste omgevingen worden opgenomen; en ze draagt bij aan een constructieve dialoog en uitwisseling tussen enerzijds psychologische studie en praktijk en anderzijds religieuze perspectieven en instituten. De divisie is strikt niet-sektarisch en verwelkomt de deelname van alle personen die godsdienst als belangrijke factor beschouwen in het menselijk functioneren.

Er is echter nog een tweede kenmerk dat uit de drie hierboven gepresenteerde casussen blijkt. Dat betreft een mogelijke ambivalentie bij de therapeut wanneer die de levensbeschouwing van de patiënt probeert te respecteren. Dit is een aannemelijke mogelijkheid in de tweede gevalsbeschrijving. Achmeds autoritaire houding jegens zijn dochters kan aversie oproepen bij de therapeut die morele autonomie aanhangt. Maar ook in casus 1 en 3 kan deze spanning optreden. De morele verantwoordelijkheid voor haar moeder die Sarah laat zien kan worden uitgelegd als slechts een teken van onveilige hechting aan haar moeder, zonder dat rekening wordt gehouden met de verantwoordelijkheid die uit haar godsdienstige levensvisie voortkomt. En in casus 3 kan de therapeut zich onzeker voelen over de exploratie van een mogelijk godsdienstige achtergrond van Jeffreys schuldgevoelens.

Hoe is de kennelijke moeite te verklaren om afwijkende levensbeschouwingen als gelijkwaardig te beschouwen aan de eigen levensvisie, ondanks de officiële erkenning van die gelijkwaardigheid? De volgende uitleg is aantrekkelijk vanwege zijn eenvoud. Het uitgangspunt is, dat bij godsdienstpsychologisch onderzoek en in de

praktische toepassing daarvan andermans godsdienstige en spirituele overtuigingen worden gerespecteerd, ook wanneer de daarin opgesloten claims niet worden overgenomen. Toch wordt er een spanning ervaren. Dat komt doordat dit respect voor het geloof van andere mensen zelf deel uitmaakt van een levensbeschouwing. Deze levensbeschouwing is pluralistisch. Ze gaat uit van ieders morele recht op een eigen levensvisie. Ook dit is een claim, een (bijna) absolute zelfs. Evenwel, andere levensbeschouwingen erkennen deze claim niet. Als nu ruimte gegeven wordt aan de absolute claim van een van die andere levensbeschouwingen, dan zou de eigen pluralistische levensbeschouwing in de knel kunnen komen. Ten gevolge daarvan kan een tweestrijd tussen twee levensvisies ontstaan. De patiënt gaat uit van de geldigheid van de eigen claims, en die druisen in tegen de claim die bij de pluralistische levensvisie van de therapeut hoort. Beider levensbeschouwing heeft een eigen absolute claim die de andere weerspreekt. En als het erop aankomt, beschouwen mensen, onder wie therapeuten, hun eigen levensbeschouwing als superieur. Dit gegeven kan de spanning bij de therapeut verklaren, wanneer hij of zij wordt geconfronteerd met levensbeschouwelijke claims die strijden met de eigen pluralistische claim.

De volgende vraag is dan: hebben de pluralistische therapeuten gelijk? Zijn onze westerse normen superieur, of zijn ze het product van veranderlijke culturele factoren, net als andere levensbeschouwingen? En welke consequenties heeft het, indien zou blijken dat de gebruikelijke praktijk van psychotherapie zwaar leunt op cultuurgebonden vooronderstellingen?

Leeswijzer

Het wordt tijd voor een overzicht van de stappen die in dit boek worden gezet om antwoord te vinden op de vraag of en zo ja hoe hedendaagse psychotherapie verenigbaar is met allerlei levensbeschouwingen. Het tweede hoofdstuk biedt een samenvattende beschrijving van het onderzoek naar het christelijke-integratiedebat, zoals dat in Noord-Amerika is en wordt gevoerd. Verder geeft het een interne kritiek. Daarmee wordt bedoeld dat de deelnemers aan het debat worden beoordeeld op basis van hun eigen uitgangspunten. Dat is dus een kritische evaluatie op consistentie. Het

debat blijkt te zijn uitgekristalliseerd in diverse posities die niet meer nader tot elkaar komen. Dat zou onder meer kunnen liggen aan het gebrek aan interne consistentie. Hoofdstuk 3 is op zoek naar nieuwe gezichtspunten met behulp van het normatievepraktijkmodel dat binnen de christelijke filosofie is ontwikkeld. Het vierde hoofdstuk voegt daar de invalshoek van de westerse cultuurgeschiedenis aan toe. Hoofdstuk 5 werkt dat verder uit in een eigen model. Hoofdstuk 6 probeert de uitkomsten te generaliseren naar andere levensbeschouwingen dan christelijke. Hoofdstuk 7 past de resultaten toe op de drie zojuist gepresenteerde casussen en presenteert een eigen model voor de verhouding van levensbeschouwing en therapie. Hoofdstuk 8 geeft een samenvattende evaluatie. Hoofdstuk 9 is eraan toegevoegd om te laten zien welke betekenis de resultaten kunnen hebben voor een actuele ontwikkeling binnen de ggz.

Eerst willen we de begrippen ‘levensbeschouwing’ en ‘psychotherapie’ nader omschrijven, en ook verkennen hoe ze zich tot elkaar verhouden. Verder baken ik het onderzoeksveld af. Daarna wordt als opmaat voor het onderzoek een globaal overzicht van het genoemde debat geboden. Met behulp daarvan wordt bepaald welke thema’s onze aandacht verdienen. Ten slotte doe ik in dit hoofdstuk een poging de onderzoeksvraag preciezer te formuleren.

1.2 *Levensbeschouwing*

Betekenis van levensbeschouwing

Wat bedoelen we met levensbeschouwing (wereldbeschouwing, levensvisie) en psychotherapie? Laten we met de eerstgenoemde term beginnen. Het concept heeft zijn oorsprong in het Duitse *Weltanschauung*. Ik volg hier de voorstelling van zaken door Naugle.⁷ Immanuel Kant was de eerste bij wie het begrip is aangetroffen. Hij gebruikt het eenmaal voor de waarneming van de wereld. Bij Schelling verschuift de betekenis van de sensorische naar de intellectuele perceptie. Hij gebruikt het in de betekenis van het resultaat van onderbewuste intellectuele activiteiten waarmee men zich een indruk vormt over de bestaande wereld en zijn bete-

kenis. Dilthey verbindt de term niet alleen met het intellectuele functioneren van de menselijke geest, maar ook met de emotionele en de wils- of gedragsaspecten van dit functioneren. Wereldbeschouwing heeft te maken met mentale plaatjes, maar ook met waarden. Voor hem zijn wereldbeschouwingen algemeen gedeelde ervaringsvisies.

In zijn *Psychologie der Weltanschauungen* uit 1919 beschrijft Jaspers wereldbeschouwing als de uitkomst van een bijzondere wisselwerking tussen het individu en de wereld. In die wisselwerking komt de aard van het individu tot uitdrukking. Hij brengt de vorming van een wereldbeschouwing in verband met onze splitsing tussen subject en object. Vandaar dat onze wereldbeschouwingen meer subjectief of meer objectief georiënteerd kunnen zijn. In hun meest geobjectiveerde vorm zijn het omhulsels (Duits: *Gehäuse*) waarmee individuen zichzelf ideologisch en rationeel beschermen tegen de beangstigende oneindige mogelijkheden van het leven. Ze krijgen de functie van afweer. Hoewel er ook wereldbeschouwingen zijn die minder worden geobjectiveerd, worden ze hoe dan ook ingezet om de stress op te vangen die de confrontatie met existentiële grenssituaties met zich meebrengt.⁸ Deze benadering is ontwikkeld en getest in een onderzoeksprogramma voor experimentele existentiële psychologie. Betekenissystemen worden gezien als constellaties van geloofsopvattingen bedoeld om bescherming te bieden tegen existentiële zorgen van individuen (*Terror Management Theory*).⁹

Wolters schrijft de opkomst van het denkbeeld toe aan de invloed van het Duitse idealisme en romantiek, in reactie op de rationele benadering van de verlichting. De laatste richtte zich op het universele, abstracte, eeuwige en identieke. In tegenstelling daarmee is de focus van levens- en wereldbeschouwingen meer het bijzondere, concrete, tijdelijke en unieke. Ze worden geassocieerd met persoonlijk, tijdgebonden en privé. Dat neemt weliswaar niet weg dat ze collectief kunnen zijn, maar zelfs dan gaat het om het bijzondere perspectief van een specifieke groep, zoals een natie, een klasse of een periode. Met deze neiging naar subjectiviteit krijgt het concept te maken met de problemen van het historisch relativisme.¹⁰

Nieuwe elementen werden naar voren gebracht door Wittgenstein

in zijn latere fase, en door Foucault. Wittgenstein benadrukt de rol van taal.¹¹ Taalspelen (Duits: *Sprachspiele*; Engels: *language games*) zijn reeksen linguïstische tekens en regels die elkaar uitleggen zonder van buitenaf te kunnen worden beïnvloed. Tot de wereld om ons heen hebben we geen directe toegang; door de taalspelen zijn wij in staat die indirect te structureren. Door de introductie van taal als determinerende factor wordt het sociale karakter van wereldbeschouwingen benadrukt; ze worden immers gedeeld door allen die hetzelfde taalsysteem gebruiken. Op deze manier wilde Wittgenstein het tijdperk van het wereldbeeld als subject-object-constructie achter zich laten, zoals Jaspers dat had beschreven en dat Heidegger aan de kaak had gesteld als cartesiaans denken.¹² Foucault voegde de notie toe dat het menselijk vertoog geweld doet aan de dingen, of in ieder geval daar greep op probeert te krijgen door aan de dingen een betekenis op te leggen. Zo functioneert wereld- of levensbeschouwing als poging de macht veilig te stellen voor zichzelf of de gemeenschap van mensen die haar aanhangt.¹³ Het concept van wereld- of levensbeschouwing is gretig overgenomen door gereformeerde denkers. Abraham Kuyper beschouwde leven en denken, inclusief wetenschappelijk denken, als voortbrengselen van een onderliggende wereldbeschouwing.¹⁴ Aanvankelijk sloot een van de grondleggers van de christelijke filosofie, Herman Dooyeweerd, zich daarbij aan. Later wees hij diepere geestelijk-religieuze factoren aan als drijfveren voor ons leven en denken, en ook voor onze wereldbeschouwing: de zogenoemde grondmotieven.¹⁵ Die twee zijn inderdaad niet hetzelfde; *motief* en *beschouwing* of *visie* behoren tot verschillende categorieën. Toch liggen ze ook weer niet ver uit elkaar, omdat het grondmotief bepalend is voor de levensvisie.

De laatste fase in de ontwikkeling is de fragmentatie van wereldbeschouwingen. In de arbeidscontext gelden andere principes dan in het gezinsleven, en wanneer je aan het verkeer deelneemt kijk je anders naar mensen dan wanneer je een kerkdienst bezoekt. Ons gefragmenteerde bestaan wordt weerspiegeld in de postmoderne sceptis over de eenheid van het leven, uitkomend in een pragmatische levenshouding. Hier kunnen we nauwelijks meer van een wereld- of levensbeschouwing spreken. Wat overblijft zijn visies op segmenten van het leven.

Olthuis heeft een tamelijk uitgebreide en dynamische omschrijving van wereldbeschouwing, waarin de notie van de postmoderne fragmentarisering ontbreekt.¹⁶

Een wereldbeschouwing (of levensvisie) is een denkkader of een set fundamentele overtuigingen waardoor wij de wereld en onze roeping en toekomst daarin bezien. Deze visie hoeft niet volledig gearticuleerd te zijn; ze kan zozeer zijn geïnternaliseerd dat ze over het geheel genomen vanzelf spreekt; ze hoeft niet expliciet te zijn ontwikkeld tot een systematische levensopvatting; ze hoeft niet theoretisch verdiept te zijn tot een filosofie; ze hoeft niet eens gecodificeerd te zijn in een geloofsbelijdenis. Niettemin is deze visie een kanaal voor de ultieme overtuigingen die richting en betekenis geven aan het leven. Ze is het integratieve en interpretatieve kader waardoor orde en wanorde worden beoordeeld. Ze is de standaard die bepaalt hoe de werkelijkheid vorm en doel krijgt, ze vormt de scharnieren waaromheen al ons denken en doen van alledag draait.

Diverse kenmerken van wereld- of levensbeschouwingen komen hier samen: basale overtuigingen, existentiële oriëntatie, richtinggevende waarden, controle over het leven, hun vaak impliciete en onkritische karakter en het feit dat ze gedeeld worden door groepen mensen, levend in een cultuur die gevormd is door een gemeenschappelijke geschiedenis. Zoals de christelijke filosoof Klapwijk aangeeft, werken ze als globaal voorverstaan dat iedereen hanteert om aan zijn of haar ervaringen betekenis te geven.¹⁷

Discussie

Over het grotendeels impliciete karakter van levensvisies bestaat discussie. Intercultureel wijsgeer Griffioen verdedigt dat een wereldbeschouwing betrekking heeft op een bewust ingenomen positie en op een soort actieplan om een bepaald doel te bereiken. Hij onderscheidt dit van een *wereldbeeld*, dat hij wél de connotatie meegeeft van een onbewuste voorstelling van zaken die als zodanig toch het handelen stuurt. Hij stelt de term *embedded worldview* voor, om daarmee een hybride en minder bewust erop nagehouden wereldbeschouwing aan te duiden, als een soort wereldbeeld.¹⁸ Olthuis daarentegen benadrukt in toenemende mate de impliciete