

## Hoofdstuk 1

### LEVENSBSCHOUWING EN GEESTELIJKE GEZONDHEID

*Patrick Vandermeersch*

Wanneer we het willen hebben over "levensbeschouwing" en "geestelijke gezondheid", dan verbergt zich achter deze neutrale, acceptabele woorden heel wat onbehagen. Het is overigens moeilijk om terzake algemene termen of duidelijke, onbevooroordeelde begrippen op te stellen. Dit blijkt direct als je de titel van dit werk zou willen vertalen. Levensbeschouwing valt in het Frans niet zomaar weer te geven: "conception de la vie" klinkt wat te intellectueel en is zeker geen gangbare term. "Philosophie" zou er beter voor passen, want de term "filosofie" klinkt in Frankrijk minder elitair en wereldvreemd dan bij ons, maar hij sluit echter duidelijk een religieuze levensbeschouwing uit, want de filosofie heeft in Frankrijk expliciete anti-kerkelijke connotaties... In het Engels moet je levensbeschouwing met "ideology" vertalen, terwijl de term "ideologie" in het Nederlands precies op die verkrampte, onkritische vertekeningen wijst die men uiteen echte, gezonde levensbeschouwing moet weren. En het Duitse woord "Weltanschauung" is dan weer zo typisch met een bepaalde wijsgerige optie verbonden, dat de term weer andere accenten legt. Met "geestelijke gezondheid", "mental health", "santé mentale" ligt het, met uitzondering van het Duits waar de term omschreven moet worden, op het eerste gezicht gemakkelijker, maar we gebruiken dan ook een technisch uitgedachte term, die niet uit het leven zelf is voortgekomen. Zou men overigens dieper ingaan op het element "geest", "mental", "mentale", dan trof men hier waarschijnlijk even problematische aflijningen aan. Want wat is nu precies het verschil tussen het geestelijke, het mentale, en andere termen die wij misschien liever niet in dit verband aan bod zouden laten komen: het psychische en de ziel?<sup>1</sup>

Wie het over "levensbeschouwing" en "geestelijke gezondheid" wil hebben wordt al gauw met de onmogelijkheid geconfronteerd om klare, heldere en welomschreven begrippen als vertrekpunt te nemen. Onmiddellijk klinkt een hele geschiedenis van belangen, terreinverdelingen en afbakeningen van bevoegdheden mee, en precies deze erfenis van het verleden, met de taalbarrières die erdoor geplaatst worden, zouden we met het verhoopte, heldere begrip willen doorbreken. Maar het blijkt snel dat dit niet zomaar lukt, dat het verleden veel sterker aan de voetzolen kleeft dan wij eerst dachten,

---

1. Zoals voor alles in dit inleidende hoofdstuk, kunnen we de theoretische problematiek hier slechts algemeen aanduiden, vermits die in het derde volume van deze studie uitvoerig aan bod komt. In afwachting van deze publicatie vindt men een algemene schets in het boek waarin ik voor het eerst de problematiek verkende: P. Vandermeersch, *Het gekke verlangen*, Antwerpen-Utrecht, De Nederlandsche Boekhandel, 1978.

zeker als wij niet alleen uit zijn op een intellectuele dagdroom, maar ook op een verandering van de realiteit.

Deze historische bepaaldheid van de vraagstelling is van land tot land nogal verschillend, maar zij heeft voor de meeste westerse landen toch een aantal overeenkomsten. Wat het begrip "levensbeschouwing" betreft, is er het fenomeen van de secularisatie; wat de "geestelijke gezondheid" betreft, zijn er de complexe relaties tussen psychotherapie en geneeskunde, en de erg ambigue idee van "verzorging" die hiermee gepaard gaat. Beide aspecten zijn nieuw, in die zin dat ze pas in deloop van de 19e eeuw samen vorm hebben gekregen, en dat ze aan de basis liggen van de juridische, economische, sociale en psychologische structuren die nog steeds onze zorgverstrekking inzake geestelijke gezondheid bepalen. Daarbij stelt zich de vraag of er geen verband is tussen de secularisatie en de opkomst van wat men soms met andere woorden de "psychotherapeutisering" van onze maatschappij is gaan noemen.

### **Verzuiling**

De korte, uiterlijke geschiedenis van deze ontwikkeling lijkt op het eerste gezicht eenvoudig. Met de Verlichting gaat de vanzelfsprekende eenheid tussen Kerk en Staat teloor, en deze ontwikkeling wordt in de landen die onder de Franse overheersing kwamen, versneld in feiten omgezet. De gehele sector van de "liefdadigheid" - zoals dit toen heette - was samen met het onderwijs tot dan meestal in kerkelijke handen gebleven. Nu wordt het een staatsaangelegenheid. Bij de Restauratie, die in 1815 na de val van Napoleon in de meeste Europese landen wordt doorgevoerd, poogt de Kerk de verloren gegane invloed te herwinnen, maar dit lukt in de meeste gevallen slechts volgens het contractmodel. Er wordt wel samengewerkt tussen Kerk en Staat, maar volgens formele afspraken die de autonomie van beide instanties moeten garanderen. De katholieke Kerk heeft op deze wijze haar wankele positie opnieuw verstevigd, en wat terzake in België tot stand was gekomen werd snel het model voor een samengaan van een vrije kerk in een vrije staat. Aanvankelijk werd dit door het Vaticaan argwanend bekeken, maar naderhand werd het geprezen en ook elders nagestreefd. Op het stuk van het onderwijs, een erg gevoelige materie, was men met deze "vrijheid zoals in België" opgetogen. Op het terrein van de zorg voor de armen en de zieken poogde men eveneens deze formule toe te passen.

Men herkent in deze ontwikkeling het begin van de "verzuiling", zoals men dit fenomeen courant is gaan noemen. Bisschoppen en religieuze congregaties richten eigen scholen op, eigen ziekenhuizen, eigen psychiatrische inrichtingen, en dit feit wordt elders steeds meer als een machtsgreep ervaren. Er komt dan ook reactie. Niet dat anderen in die tijd op hun beurt hun scholen of hun inrichtingen gaan bouwen; dit is slechts op kleine schaal gebeurd, met

uitzondering van één grote realisatie, de Vrije Universiteit te Brussel die op vrijzinnige grondslag in 1834 wordt opgericht. Men ging wel eisen dat de Staat niet zomaar alles op contractbasis aan de Kerk zou overlaten, en dat er dus staatsinstellingen zouden komen. Deze kwamen er, maar zij werden op die wijze geen instellingen die alle mogelijke tendensen uit de samenleving integreerden. Zij werden precies instellingen die in oppositie stonden tot het steeds groeiend overwicht van de instellingen die in katholieke handen waren. In deze context moet de geschiedenis bekeken worden waarin de vrijmetselarij, een oorspronkelijk gelovige vereniging die in ons land goeddeels uit katholieken bestond, naar een erg antiklerikale opstelling evolueerde. Wanneer het liberalisme zich later zal opsplitsen in een socialisme en een liberalisme zoals wij dit nu kennen, en wanneer het vrijzinnige humanisme een deel van de vrijzinnigen in een militante beweging zal organiseren, krijgen wij de verdelingen die ons nog steeds tekenen.

Dit is dus de gekende geschiedenis van de verzuiling van de Belgische samenleving, die tot op heden haar soms groteske greep laat voelen, maar waaraan blijkbaar niet gemakkelijk valt te ontkomen. Doch ook in andere landen hebben verzuilingsprocessen plaatsgegrepen. De tegenstrevers waren echter niet altijd dezelfde. Zo staat in Nederland de verzuilingsproblematiek aanvankelijk niet in het teken van de oppositie katholiek-vrijzinnig, maar van deze tussen katholieken en protestanten, in het kader van de emancipatiestrijd van de katholieken op het eind van de 19e eeuw. In Frankrijk waren de tegenstrevers dezelfde als in België, maar daar heeft het antiklerikale het na een hevige pendelbeweging gehaald en de "laïciteit", een voor andere landen ietwat anachronistisch begrip, is er een nevralgiek punt gebleven. In andere landen gebeurde de overgang minder abrupt, hetzij omdat de samenhang tussen Kerk en Staat niet door een duidelijke revolutionaire breuk getroffen was, zoals in Engeland, hetzij omdat, zoals in Amerika, de viscerale tolerantie op religieus gebied de sociale activiteit van de verschillende kerken onmogelijk in vraag kon laten stellen.

Heeft verzuiling iets met levensbeschouwing te maken? De vraag moet genuanceerd beantwoord worden. De verzuiling kan met "macht" in verband gebracht worden, en zo wordt ze ook vaak sociologisch bekeken. Maar kan men aan een belangengroep verwijten dat ze "belangen" poogt te verdedigen en dus, dat ze een zekere macht poogt uit te oefenen? Anderzijds is de hele vraag natuurlijk weer of een belangengroep, eens dat die zich georganiseerd heeft en een zekere macht heeft weten te verwerven, geen doel op zich wordt, en na een poos het eigen bestaan en de invloed die ze kan uitoefenen niet noodzakelijk hoger gaat plaatsen dan de zaak waarvoor ze werd opgericht.

## Levensbeschouwing

Regelmatig wordt gepoogd om het eigene van een katholieke, een vrijzinnige, een protestantse of een pluralistische instelling in de verf te zetten. Wat dan gezegd wordt klinkt meestal erg schoon, getuigt doorgaans van eenzelfde welgemeende medemenselijkheid en kan dan ook bijna altijd door de vertegenwoordigers van de andere zuil onderschreven worden. Dit is een troost. Hoezeer wij ook hameren op het belang van de levensbeschouwing voor onze eigen zuil, we blijken dan toch nog in een gemeenschappelijke wereld te leven. Anderzijds zijn die teksten dan toch vaak ontgoochelend door hun algemeenheid, en door de problemen die ze ontwijken.

Wie niet te maken heeft met het organisatorische vlak van kredieten, financiering, gebouwen, subsidies en benoemingen, maar vanuit de psychotherapeutische praktijk en de intellectuele studeertafel over de relatie tussen levensbeschouwing en geestelijke gezondheid probeert nate denken, stoot echter op heel wat andere problemen dan diegene die vanuit het bestaan van de verzuiling vertrekt.

Als je aan levensbeschouwing en geestelijke gezondheid denkt, dan vraag je je af welke levensbeschouwing iemand het best geestelijk gezond maakt, en of geestelijke gezondheid een criterium is om de waarde van een bepaalde levensbeschouwing aan af te meten. Het gaat dan over vragen zoals: is het goed dat iemand zich goed voelt omdat hij onwetend is over de ernst van zijn toestand? Is het goed dat iemand zich zo weinig kritisch aan gezag onderwerpt? Is een opvatting over partnerrelatie waarin men zich aan de andere vastklampt en hem helemaal opeist wel goed? En doet de tegenovergestelde opvatting, die een relatie kruideniersachtig wil baseren op een onderhandeling over wat te verwachten, te geven en te krijgen valt, niet te kort aan het eigene van een liefdesband? Is het goed dat iemand zijn seksuele geremdheid goedpraat met wat hij morele principes noemt maar wat een ander als rationalisatie zal bestempelen?

Dergelijke vragen snijden direct hout, en dit niet alleen in verband met de niet-ghethematiseerde opvattingen die iemand als levensfilosofie privé in het hoofd draagt. Ze raken ook de gesystematiseerde en georganiseerde vormen van levensbeschouwing. Het is duidelijk dat die vorm van kerkelijkheid die het schuldgevoel bespeelt en gehoorzaamheid aan het gezag predikt, aangevallen wordt door een psychotherapeutische aanpak die hierin een "neurotiseringsproces" ziet. Het is wellichteveneens onmogelijk iemand te helpen die erover klaagt dat hij zich steeds zo hulpeloos en afhankelijk voelt zonder dat zijn rotsvast geloof in de horoscoop of zijn krampachtige gehechtheid aan een "natuurlijke levenswijze" aangetast wordt. Het is ook goed dat dit gebeurt. Men komt op die wijze opnieuw voor centrale levensvragen en ethische keuzes te staan. Is het niet de taak van een levensbeschouwelijke bekommernis om deze vragen te stellen, eerder dan de verzuiling goed te

praten? Dit heeft natuurlijk onmiddellijke consequenties voor de keuze van de therapeutische technieken, want wie vindt dat vrij en bewust inzicht een centrale waarde in het leven is, zal niet direct de gedragstherapie met haar token-economy of de paradoxale strategieën van de familitherapie als ideaal toejuichen. Andersom, wie vindt dat orde en tucht de hoekstenen zijn van onze maatschappij, zal niet noodzakelijk opgetogen zijn over een ontmaskerende psychoanalytische aanpak of een prediking van assertiviteit.

De relaties tussen psychiatrie en psychotherapie of, om het scherper te stellen, tussen geneeskunde en psychotherapie, stellen een aparte vraag. Reeds buiten de eigenlijke psychiatrische sector weet men best hoe vaak mensen met niet-lichamelijke klachten of psychosomatische kwalen bij de arts terecht komen. Daarbij is het bekend dat de relatie met de arts op zichzelf therapeutisch kan werken. Het placebo-fenomeen, het feit dat de meest banale substantie zoals keukenzout therapeutisch werkzaam kan zijn als ze maar netjes farmaceutisch verpakt en medisch voorgeschreven wordt, stelt toch heel wat vragen. De maatschappelijke positie van de arts, zijn imago, zijn "magisch" karakter heeft dus op de patiënt een erg reële impact: die reikt niet alleen tot wat wij de psychologische gevoelens noemen, maar zelfs tot de beleving van het eigen lichaam. Eenmaal men dit feit onderkend heeft, wordt men geprikkeld om het belang van het imago van andere functies in onze maatschappij na te gaan. Wat is het onderscheid tussen die verschillende imago's, hoe verhouden ze zich tot mekaar, hoe overlappen, ondersteunen of beconcurreren ze mekaar in de greep die ze hebben op individuen? Al die imago's lijken in ieder geval minstens even invloedrijk als rationele argumenten die men iemand kan voorhouden.

Als we dit feit nu in het bijzonder op de psychiatrie betrekken, komen wij bij de vraag of psychiatrie een medische aangelegenheid is. Er stellen zich geen problemen als het gaat om de samenhang tussen organische letsels en psychiatrische stoornissen. Er rijzen wel vragen als we zien dat het medisch imago opzichzelf als geneesmiddel gehanteerd wordt. Men kan dan gaan doordenken op de beïnvloeding door imago's in het algemeen. Zeker, mensen kunnen zich goed voelen omdat ze zich gedragen voelen door een figuur die met een bepaald imago bekleed is, maar vanuit heel wat psychotherapeutische gezichtspunten zal men betwijfelen of dit wel "echt" goed is.

Met deze bedenkingen komen wij op een delicaat terrein. Het lijkt alsof we een tweede verzuiling ontdekt hebben, die meer geladen is dan de verzuiling die dagelijks in het oog springt tussen katholieken, vrijzinnigen, protestanten... Om de term misschien wat ongebruikelijk door te trekken zouden we kunnen zeggen dat het om de verzuiling gaat binnen het psychotherapeutische veld zelf, waar verschillende technieken, die elk hun impliciete levenskeuzes, ethische waarden en mensbeelden hebben, naast mekaar coëxisteren.

Dat een bepaalde therapeutische techniek ook een bepaald mensbeeld impliceert is iets dat weinig gezegd wordt - of liever, iets dat enkel gezegd wordt binnen de eigen verzuilingsstructuur. Een psychoanalyticus en een Rogeriaan kunnen, als ze mekaar toevallig ontmoeten, hartstochtelijk discussiëren over hun verschillend mensbeeld en over het eigene van hun ethiek, waarover in beide kampen overigens hele boeken geschreven worden. Wat de onderscheiden ook mogen zijn, beiden zullen in hun gemeenschappelijke niet-directieve opstelling akkoord gaan over het radicale verschil tussen hun principes en die van de directieve therapeuten. Men zal er zich echter wel voor hoeden om de ene verzuilingsstructuur met de andere in verband te brengen, om zich b.v. af te vragen of een bepaalde therapie al dan niet met een christelijke, een vrijzinnige, een humanistische of een oosters-syncretistische levensbeschouwing overeenkomt. In een christelijk ziekenhuis kan men dus net, zoals in een protestants of een vrijzinnig, een hele rij verschillende psychotherapeutische technieken naast mekaar vinden, en om de lieve vrede praat men dan maar niet over het verschillende mensbeeld dat in die onderscheiden therapieën vervat ligt.

Nochthans: ligt daar niet precies de directe relatie tussen levensbeschouwing en geestelijke gezondheid? Wordt het dan niet tijd om de verzuilingsproblematiek te verlaten en dit probleem direct aan te pakken?

### **Wederzijdse ontwijking**

Zelfs al gaat het om verzuiling, een fenomeen komt niet uit de hemel gevallen, en de omwegen van de geschiedenis hebben misschien een verborgen zin naast het machtsstreven waarmee men zich soms van de zaak wil afmaken. Wat we verder het "parallele discours" van de levensbeschouwing en van de geestelijke gezondheidszorg zullen noemen, kan dan ook van naderbij bekeken worden. Het is merkwaardig dat er pas nu een confrontatie tussen beide optieken wordt aangegaan, en dat dit nog vaak met enige tegenzin gebeurt.

Bij nader toezien merk je iets vreemds in de chronologie. Het is alsof men mekaar anderhalve eeuw lang om beurten ontweken heeft. Ruw geschetst heb je een eerste periode, nl. van 1800 tot 1850, waar de arts de medische psychiatrie doet ontstaan, maar zich hierbij allesbehalve medisch opstelt in onze betekenis van het woord: hij is geïnteresseerd in de "morele" oorzaken van de waanzin en in de "morele" behandeling ervan. Wat het verband van deze term met het woord "moraal" ook moge zijn, het optreden van de arts had toen meer te maken met wat wij "psychologische beïnvloeding" zouden noemen dan met belangstelling voor het menselijke lichaam. In dit kader ontwierp hij overigens hele theorieën over gezonde versus ongezonde religiositeit, over het verband tussen het cultuurpeil van een bepaalde maatschappij en haar hang naar waanzin, over de voor- en nadelen van industrialisering en

verstedelijking, en dies meer. Op hetzelfde ogenblik richten de religieuze congregaties zo goed als het gehele krankzinnigenwezen in België op. Zij scheppen eigenlijk het kader waarbinnen de geneesheer zijn "morele" behandeling zal toepassen. Over de bevoegdheid van de arts zullen er met de kloosterordes wel enige schermutselingen zijn, maar dit zal slechts over erg dagdagelijkse kwesties gaan. Er zal geen systematische confrontatie plaats grijpen van de theoretische opvattingen van de psychiater inzake moraal met deze die van kerkelijke zijde verdedigd worden. Als wij de situatie vanuit ons standpunt bekijken, waren er nochtans redenen genoeg om dit wel te doen. De centrale affirmatie waarmee de Kerk haar plaats in de nieuwe maatschappij wou verdedigen was dat het geloof absoluut noodzakelijk was om de sociale orde te bewaren en de moraliteit van de bevolking onder controle te houden. De religie had men in die geest sterk verbonden met het schuldgevoel, wat tevoren niet altijd het geval was geweest. Het engagement van de Kerk in de maatschappij werd samengevat in het thema van de caritas, dat in concreto heel specifieke, erg paternalistische menselijke relaties vooropzette, en waar het ideaal van de zelfopoffering centraal stond. Een hedendaagse psychotherapeut zou hierop heel wat aan te merken hebben... Destijds werd er weinig overnagedacht. Als verklaring kan men aangeven dat er tussen dit caritas-ideaal en de morele behandeling die de arts voorstond destijds geen tegenstelling bestond: ook hij was erg directief, paternalistisch en ook hij werkte in op het schuldgevoel. Dit is waar, maar men had dan toch het verband tussen beide opties kunnen thematiseren, en wat de psychiater vanuit zijn hoek zegde in deze weliswaar tijdsgebonden visie op het christelijk levensideaal, kunnen integreren. Dit is niet gebeurd: het bleven twee discours, naast mekaar.

Van de kerkelijke reflectie in deze periode moet men zich overigens weinig voorstellen. Het is een vreselijk dode periode, waar geen theologie bedreven wordt, waar de vragen die de tijdsgeest stelt genegeerd worden. In de seminaries wordt er gewoon teruggegrepen naar de handboeken van vóór de Franse Revolutie. Er is alleen het korte intellectuele reveil rond Lamennais geweest dat heel snel in 1832 meteen pauselijke veroordeling was onderdrukt. Ondertussen breidt de psychiater zijn veld steeds verder uit tot problematieken die steeds meer met menselijke relaties en moraal te maken hebben. Aanvankelijk ging het enkel om de echte "krankzinnigheid", d.w.z. wat wij "psychose" en "oligofrenie" noemen. In de eerste helft van de 19e eeuw worden ook de monomanieën en hiermee samengaand het ontoerekenbare criminele gedrag (de "moral insanity", onze psychopathie) psychiatrisch terrein. Het begrip "degeneratie" komt op. Tegen het einde van de 19de eeuw zullen de neurosen en de seksuele problematiek het psychiatrische veld nog eens verruimen.

Na 1850 wordt de relatie omgekeerd. De reflectie komt weer op gang inkatholieke kringen, terwijl de psychiatrie de organische toer opgaat en het denken over het "morele", waarmee ze zich misschien niet naar onze zin, maar dan toch inhoudelijk had ingelaten, achter zich laat. In deze periode komt ook de psychologie op, die aanvankelijk helemaal niet met de psychiatrie verbonden was, maar ze naderhand wel zal beïnvloeden. In tegenstelling tot de eerste psychiatrische theorieën een halve eeuw tevoren, wordt er van katholieke zijde direct met deze jonge psychologische visie voeling gezocht. Het neothomisme, dat de vernieuwde kerkelijke interesse voor een actuele filosofische reflectie op de tijdsgeest belichaamde, maakte daar ruimte voor. In België ijverde Mercier in het door hem opgerichte Hoger Instituut voor Wijsbegeerte te Leuven ervoor om een psychologisch laboratorium te krijgen naar internationale maatstaven. Van bij de aanvang interesseerde de psychologie zich voor culturele fenomenen: in zijn *Völkerpsychologie* maakte Wundt ruim plaats voor de godsdienstpsychologie. Maar noch de opkomende psychologie, noch de hernieuwde katholieke wijsgerige interesse, staan in wisselwerking met de psychiatrische theorievorming, die op dat ogenblik in een enge organicistische optiek opgesloten zit, en die de levensbeschouwelijke interesse van de voorbije vijftig jaar helemaal achter zich gelaten heeft. Het is evenwel het ogenblik waarop, zoals hoger gezegd, de psychiatrie haar terrein uitbreidt tot het terrein van de neurosen, de hysterie in het bijzonder, en dit precies dank zij haar organische visie, hoe paradoxaal het voor ons gevoel ook moge lijken dat zo'n specifieke indicatie tot een psychotherapie precies onder de hoede van een eng-lichamelijke bekommernis werd ontdekt. De techniek had het nauwkeurige onderzoek van de zenuwbanen mogelijk gemaakt, en de hysterie was terzake een interessant, zij het irriterend raadsel.

Het binnenhalen van de hysterie zou na een tijd echter een nieuw keerpunt in de psychiatrische beschouwingwijze teweeg brengen. Men komt tot de "psychotherapie". Het was namelijk vanuit een aanvankelijk puur fysiologische belangstelling dat S. Freud zich voor de relatie tussen hypnose en hysterie ging interesseren. De fysiologie dwong hem tot de aanvaarding van een psychische causaliteit. Zo ontstond de psychoanalytische theorie. Alhoewel de eerste geschriften van S. Freud hierover reeds uit 1890 dateren, was het pas in de eerste helft van de twintigste eeuw dat zijn werk tot een grote beweging zou uitgroeien die haar stempel wist te drukken op de psychiatrische theorievorming. Wie de klassieke psychiatrische handboeken ter hand neemt die tot de jaren zestig geschreven werden,<sup>2</sup> vindt er, soms samen met een fenomenologische benadering, een geprononceerd psychoanalytisch interpretatiekader. De psychoanalyse had veel belangstelling voor cultuurfilosofie,

---

2. Bij de uitdrijving van de psychoanalytici door het nazisme trokken deze naar Amerika waar ze een steeds meer leidende rol gingen spelen in de eigenlijke psychiatrie, wat ze in Duitsland en Oostenrijk niet gekund hadden.



ethiek en religie, en heel wat dissidenties - o.a. die van Jung - gingen gepaard met meningsverschillen over de interpretatie van religieuze fenomenen. Het viel dus te verwachten dat het grote ogenblik aangebroken was voor de confrontatie van de psychotherapeutische visie op de menselijke levensproblematiek met de kerkelijke opvattingen terzake.

Dit is echter niet gebeurd. De intellectuele reflectie op wijsgerig en theologisch gebied was binnen de katholieke Kerk weer eens abrupt stilgevallen, na de harde Romeinse interventies tegen wat toen als "modernisme" bestempeld werd. Vanaf het jaar 1907, toen het decreet "Lamentabili" en de encycliek "Pascendi" iedere kritische reflectie op het geloof een brutaal halt toeriepen, heerst er in kerkelijke kringen weer een intellectuele stilteperiode. Zij is niet echt dood, maar de angst domineert en de ideeën circuleren binnenkamers. Enkel op het vlak van het bijbelonderzoek wordt er met een mengsel van omzichtigheid en heldhalftigheid verder gewerkt, en dit zou op de duur opnieuw tot openheid leiden. Toen men wel moest accepteren dat het woord van God niet zomaar uit de hemel was gevallen, maar op erg menselijke wijze doorheen verschillende hoofden en schrijvende handen tot een bijbel was samengebracht, stond de weg voor het kritisch nadenken weer open.

Men moet nu niet gaan denken dat de eerste helft van de twintigste eeuw op alle vlakken van het kerkelijke leven een doodse periode was. Integendeel. Het was volop de tijd van de "actie", en deze katholieke actie speelde zich vooreerst af op het sociale terrein, en voor heel veel priesters verder op het veld van de Vlaamse ontvoogding. Maar deze zin voor actie was niet van die aard dat ze tot een reflectie over het geloofsgegeven dwong, laat staan over de relatie tussen geestelijke gezondheid en levensbeschouwing. Is het overigens geen constante dat, wanneer het geloof in dienst wordt gesteld van een verwant, maar toch ander ideaal, zoals dit van de sociale ontvoogding, de kritische wetenschappelijke reflectie opzij wordt geschoven als iets secundairs, omdat ze remmend is voor de actie van de groep?

Het is pas na sinds de helft van de 20e eeuw dat de confrontatie wordt aangegaan tussen het gelovige denken en de inzichten uit de psychotherapie. Dit is dus vrij recent, en men moet daarbij rekening houden met het feit dat het door enkelingen gebeurde, en dat op dit ogenblik de psychotherapeutische wereld in volle beweging was. Een van de eerste ophefmakende werken terzake was Hesnards *Morale sans Péché*. Als gelovige psychoanalyticus verweet hij aan de katholieke moraal dat ze eerder een cultus van het verbod en een ziekelijke koestering van het schuldgevoel propageerde dan wel het nastreven van positieve waarden.<sup>3</sup> Baanbrekers die de confrontatie tussen het katholieke geloof en de psychoanalyse aangingen waren J. Nuttin, A. Godin en

---

3. R. Hesnard, *Morale sans Péché*, Parijs, 1954.

A. Vergote in België. In Frankrijk waren het L. Beirnaert en A. Plé; M. Oraison verdient er een bijzondere melding voor de wijze waarop hij het grote publiek wist te bereiken.

In het protestantisme was men al langer met de psychologie en de psychoanalyse bezig, maar niet zozeer op het terrein van de moraal. Daar was men gevoeliger voor een ander thema, dit van de religieuze ervaring. James is hier met zijn *Varieties of Religious Experience* de grote baanbreker, en misschien tot op heden de grootste auteur.<sup>4</sup> In zijn spoor is men bijzondere bewustzijnstoestanden blijven bestuderen vanuit de veronderstelling dat ze de kern uitmaken van de religieuze ervaring. Door een merkwaardige samenloop van omstandigheden zou deze tendens in een specifieke beweging uitmonden, nl. die van de "pastorale psychologie", die in nauw contact met de Rogeriaanse niet-directieve therapie vanuit de Verenigde Staten Europa zal beïnvloeden, alhoewel minder op het stuk van de strikte psychiatrie dan op dit van de consultatiecentra.<sup>5</sup> De beweging gaat terug op A. Boisen, die zelf enkele psychotische episodes had gekend en hierin gemeend had een religieuze ervaring te beleven. Hij had het plan opgevat om pastores te trainen om dergelijke ervaringen methodisch te gaan exploreren, en zo het wezen van de religie te doorgronden. Naderhand was deze beweging door S. Hiltner in contact gebracht met het Rogeriaanse gedachtegoed, dat een empathisch ondersteunend maar niet-interpreterend intermenselijk contact voorstond als alternatief voor de psychoanalyse. Deze techniek werd gauw de basis waarop niet alleen de meeste consultatiecentra zich gingen beroepen, maar ook heel wat therapie- en groeigroepen die hun "encounter" wilden funderen. Zij werd ook als het ideaal van de pastorale relatie gepropageerd. De zaak nam steeds meer uitbreiding en kreeg de naam "humanistische psychologie" waarbij naast Rogers nu ook Maslow de grote autoriteit werd. De aanvankelijke bekommernis van Boisen om het religieuze gehalte uit de psychotische ervaring te puren was hierbij wel verlaten, maar er bleef toch een zekere religieuze kleur aan de beweging hangen, in de mate men in de diepte en het mysterieuze van het menselijke contact zoiets als een openbaring van de diepste grond van de werkelijkheid meende te kunnen aanvoelen. Soms werd hier wel pastoraal en pedagogisch op ingespeeld.

De psychotherapeutische wereld is zich vanaf de jaren zestig overigens steeds meer gaan uitbreiden, en steeds meer technieken, die vaak slechts varianten en simplificaties zijn van bestaande systemen, beconcurreren mekaar op de welzijnsmarkt. Hierbij worden dan ook steeds meer vragen gesteld in

---

4. W. James, *The Varieties of Religious Experience. A Study in Human Nature*. Het werk bestaat eigenlijk uit de Gifford-Lectures die in 1901-02 te Edinburgh gehouden werden. Van dit klassieke werk is er een heruitgave te Londen, 1971.

5. Voor de historiek, zie D. Stollberg, *Therapeutische Seelsorge*, Münster, 3e ed., 1972; W. Zijlstra, *Klinisch-pastorale vorming*, Assen, 1969.

termen die aan het religieuze taalgebruik herinneren, en in die zin wordt er soms gezegd dat het Rogerianisme een gesecculariseerde vorm is van de religieuze beleving. Vanuit een heel andere hoek overigens, buiten de gewone geloofstraditie om, meende men dat ook de anti-psichiatrie het sacrale had herontdekt. Daarbij vindt men tegenwoordig religieuze charismatische belevingen die men vorige eeuw zowel van kerkelijke als van psychiatrische zijde ongetwijfeld als ongezonder gebrandmerkt zou hebben. Dit alles stelt heel wat vragen, zowel aan de psychotherapeut als aan de theoloog en de politicus. Het groeiende succes van jeugdreligies en secten heeft aan deze vragen zelfs publieke weerklank gegeven. Kan men toelaten dat er onder de mom van een religieuze groepering een georganiseerd beïnvloedingssysteem in onze maatschappij ongecontroleerd kan opereren? Gaat het hier - en trouwens ook in de meer geaccepteerde charismatische groepen - wel om échte religie of om iets anders? Wat is overigens "échte" religie? Wat zijn de grenzen van het religieuze terrein waarbinnen we gewetensvrijheid willen garanderen en waar begint de verantwoordelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg?

### **Taalbarrière of relatievrees?**

De vrees is niet ongegrond. Wie levensbeschouwelijke opties te snel met psychotherapeutische technieken wil verbinden vervalt al gauw in een imperialistisch simplisme dat vanuit het éne vlak direct wil bepalen wat er op het andere vlak moet gebeuren. Ook al is het onderscheid soms onduidelijk en mag de interactie tussen beide niet langer miskend worden, het is onbetwistbaar gek vanuit een religieuze beweging voor een revalorisatie van Jung, Frankl of Assagnoli te pleiten, wanneer hun opvattingen vanuit een kritische theorievorming inzake psychotherapie als ontoereikend werden afgewezen. Een religieuze beweging is geen excuus voor onbevoegdheid. En omgekeerd: wie als therapeut niet kan begrijpen dat iemand toch in de katholieke Kerk blijft al gaat hij helemaal niet akkoord met de letter van sommige Vaticaanse uitspraken inzake seksualiteit, geeft blijk van een even infantiele redeneerwijze: ook al houden de zaken met mekaar verband, er zijn heel wat verschillende en consistente opvattingen over de samenhang van religiositeit, kerkelijkheid en moraliteit, en wie van die problemen niet gehoord heeft krijgt door een psychotherapeutisch label het recht niet om zijn cliënt op een vooronderstelde inconsequentie te wijzen. Een psychotherapeutische beweging is evenmin een excuus voor onbevoegdheid.

Als je echter preciezer wil nagaan hoe je de bevoegdheden kan afgrenzen, wordt het snel heel moeilijk. Het taalgebruik is terzake erg verwarrend, want de woorden verwijzen vaak direct naar de veronderstelde bevoegde persoon, en niet naar een welomschreven probleem-zaak, die door haar duidelijke eigenheid om een aparte zorg vraagt. Men kan spreken van

vormingswerk, buurtwerk, agogiek, begeleiding, counseling, psychotherapie... maar het is telkens moeilijk een specifiek object aan al deze activiteiten toe te kennen. Ze gaan telkens over alle aspecten van het leven, wat ze trouwens som sprogrammatisch vooropzetten in een ideaal van de zorg voor de "gehele" mens. Wat deze "hulpverleners" van mekaar doet verschillen is eerder het organisatorische verband waarin ze vervat liggen of de eigen techniek waarmee ze te werk gaan.

Het taalgebruik is op dezelfde wijze verwarrend als men in algemene termen wil spreken over "levensbeschouwing" en "geestelijke gezondheid". Steekt er een verschillende zaak achter de "geestesnood" en de "zielenood"? Wijzen deze deze termen naar iets anders dan naar de personages die we zouden willen laten optreden en naar de functieverdelingen die we terzake in onze maatschappij willen laten gelden? Misschien moeten we zelf zover gaan te durven stellen dat er bij de nood aan hulp altijd eerst een verwachting opkomt naar een bepaalde figuur of personage, een "imago", wiens functie door de maatschappij wordt gelegitimeerd, en dat men zich maar kritische vragen gaat stellen over het "eigen object" van de functie-uitoefening wanneer die functie niet meer als vanzelfsprekend wordt ervaren. In die zin valt het op dat de uitspraak "medisch is wat door een medicus gedaan wordt" relatief acceptabel klinkt, terwijl dit niet geldt voor "religieus is wat door religieuzen gedaan wordt". Inderdaad: het is niet omdat religieuzen aan ziekenzorg of onderwijs doen dat ziekenzorg of onderwijs een religieuze bezigheid wordt. Maar is alles wat in de consultatiekamer van een arts of een psychotherapeut gebeurt daardoor "medisch" of "psychotherapeutisch"? Zowel van de psychotherapie als van de levensbeschouwing hebben we dringend een totaalbeeld nodig, concreet ingevuld met reële, levende voorstellingen. Pas dan valt er te zien wanneer of het gaat om aparte problemen, of om een verschillende wijzen van optreden bij eenzelfde probleem. Het kan namelijk gebeuren dat verschillende figuren wel hun eigen taal spreken als ging het over iets anders, terwijl ze eigenlijk dezelfde zaak bedoelen. Hiermee pleiten wij niet om alle onderscheiden door mekaar te haspelen, integendeel. Wel moeten we van het misleidende beeld van de "terreinverdeling" afstappen om het soms te hebben over "taakverdeling". Levensbeschouwing en geestelijke gezondheid zijn misschien geen verschillende terreinen, maar verschillende taken, die mekaar aanvullen op hetzelfde terrein. Taken afbakenen kan men maar als men zicht heeft over het gehele terrein. Dit betekent dat men vanuit levensbeschouwelijke kant moet weten wat de aanpak is van de psychotherapie, en omgekeerd dat de psychotherapeut inzicht heeft in de verschillende levensbeschouwelijke opties en hun respectievelijke interne logica.

Ingewikkeld zou dit in principe eigenlijk helemaal niet moeten zijn. Binnen het eigen kamp, onder collegae, weet men eigenlijk zeer goed wat dit inhoudt. Zo weet een psychoanalyticus dat hij geen medicijnen kan voorschrijven aan iemand die bij hem in analyse is, ook al ziet hij heel goed in dat die

medicijnen nodig zijn; maar hij wéét dat een collega die verantwoordelijkheid op zich moet nemen. Zo wéét men in een instelling dat eenzelfde persoon niet de begeleider van een patiënt kan zijn en diegene die beslissingen neemt over het al dan niet op week-end gaan. Deze onverenigbaarheid van functie is trouwens ook buiten de psychotherapie voldoende bekend, en haar grondslag ligt niet in het feit dat het om verschillende terreinen gaat, maar precies in het omgekeerde: daar waar het om hetzelfde terrein gaat is er een afbakening van functies nodig. Dat dezelfde persoon tegelijk jouw haarkapper en jouw groenteboer is, is misschien ongewoon maar inhoudelijk geen probleem. Dat jouw advocaat tegelijk uw rechter is, wel.

Wat de relatie tussen levensbeschouwing en geestelijke gezondheidszorg betreft staan we meestal voor de afwezigheid van een overzicht van het totale terrein, terwijl het taalgebruik erg bedrieglijk is als maatstaf om de taken toe te wijzen. "Echte" levensbeschouwelijke en religieuze problemen worden daarbij niet altijd in een expliciete, traditionele of gemakkelijk herkenbare terminologie gesteld. Omgekeerd is het gebruik van die in het oog springende terminologie niet direct een aanduiding van wie het probleem nu behandelen moet. Als een vrouw die eerst beweerde de moeder van keizer Nero te zijn nu plots zegt dat ze het kindje Jezus ter wereld gebracht heeft, is dat nog geen teken dat de priester of de pastorale werker er nu bij moet gehaald worden. Dit geldt eveneens voor minder extreme voorbeelden: het is niet omdat bij een echtscheidings-problematiek de paus of de bijbel ingeroepen worden dat de psychotherapeut het lokaal moet verlaten om de geestelijke binnen te laten...<sup>6</sup>

### **Psychotherapie: een technische, beperkte zaak?**

Het feit dat levensbeschouwelijke en religieuze vragen meestal hetzij karikuraal worden gesteld, hetzij verpakt in een andere terminologie, is zowel voor het levensbeschouwelijk inzicht, als voor de psychotherapeutische praktijk noodlottig. Hierdoor wordt vaak verhinderd dat er coherent, uitvoerig en genuanceerd over levensbeschouwing wordt nagedacht. De psychotherapeutische praktijk wordt van haar kant overvraagd, ze wordt belast met teveel taken die mekaar daarbij vaak tegenspreken. Het is dus in het belang van beiden dat de respectievelijke taken goed afgegrensd worden.

---

6. Hoezeer de tegenovergestelde opinie verankerd is, blijkt uit het feit dat de verslaggeefster me spontaan de tegenovergestelde opinie in de mond legt: D. Bauduin, *Ontzielde zorg - ontzielde zorg? Inhoudelijke aspecten van de relatielevensbeschouwing en geestelijke gezondheidszorg*, Verslag van de werkconferentie op 25 maart 1983 te Utrecht (NcGv-reeks 56), Utrecht, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, 1983, p. 70.

Hiermee wordt niet beweerd dat de therapeut niet mag ingaan op problemen die in levensbeschouwelijke termen gesteld zijn of met levensbeschouwing te maken hebben. De taakverdeling berust op een technische vaardigheid. Het is het werk van de therapeut zijn cliënt tussen echte en valse schuldgevoelens te leren onderscheiden, en hiermee zal hij inderdaad geen ander probleem behandeld hebben dan wat het religieus taalgebruik aanduidt als écht en onécht zondebesef. Hij zal het wel met zijn eigen specifieke techniek gedaan hebben, en dit is soms vereist als iemand klem zit en het rationele betoog inzake levensbeschouwing hem niet langer vooruit kan helpen.

Als ideaal zou je een strikt onderscheid van taken kunnen voorstaan. Onder de hoofding "psychotherapie" valt dan die aparte, planmatig opgezette relatie die ertoe moet bijdragen dat de patiënt of cliënt over zijn innerlijke problemen zou heengeraken. Met deze zeer specifieke relatie is een goed omschreven, maar beperkte taak verbonden: het valiede maken van mensen. Dit betekent dat de psychotherapeut innerlijke conflicten moet helpen oplossen (dit is zijn technische vaardigheid, dit is zijn taak), waar ze zich ook bevinden, en we weten dat ze zich opveel plaatsen kunnen bevinden: in de familiale sfeer, in de professionele, in het omgaan met geld, in de levensbeschouwing. Hij moet dus het conflictueuze in al deze sectoren kunnen opsporen en begrijpen. Hiervoor moet hij natuurlijk telkens voldoende geïnformeerd zijn om het verhaal van zijn cliënt te kunnen volgen. Dit geldt evident ook voor de levensbeschouwelijke keuzes. Ook op dit stuk moet hij voldoende geïnformeerd zijn. Hij moet ook zelf terzake voldoende innerlijke vrijheid verworven hebben om te weten of iemand een levensbeschouwelijke keuze op innerlijk consistente wijze beleeft, of als hij die gebruikt om zijn innerlijke conflicten af te reageren. Het behoort dus tot de techniek van de therapeut de verdrongen agressie op te sporen wanneer die als motief meespeelt bij een strijdend lid van een vredesbeweging, net zoals het ook tot zijn technische vaardigheid behoort na te gaan of een ideaal van christelijke armoede eigenlijk geen verborgen machtswil bergt die anderen wil verplichten tot sober leven... dit alles uiteraard in de veronderstelling dat de betrokkene zich zozeer in de knoei voelt dat hij psychotherapeutische hulp komt vragen.

Technisch bekeken is de taak van het levensbeschouwelijke werk een andere: daar gaat het om het vakbekwaam doorgeven van de culturele en religieuze traditie waarin wij geworteld zijn. Dit is qua sociale functie iets heel anders dan het valied maken van iemand die door zijn innerlijke conflicten of door zijn broosheid niet meer in staat is om een zelfstandig leven te leiden en met kritisch besef eigen keuzes te maken. Betekent dit nu dat men diegene die psychotherapeutische hulp nodig heeft maar aan de therapeut moet overlaten tot hij weer "normaal" of "genezen" is, en dat pas dan levensbeschouwelijk advies zinvol kan zijn? Net zo min als het zin heeft te stellen dat voor iemand juridisch advies nutteloos is zolang het psychotherapeutisch

proces niet voltooid is... Daarom kunnen de inzichten uit de psychotherapie in het levensbeschouwelijke werk goed gebruikt worden: dit doet een personeelschef in een bedrijf overigens ook, en dat maakt van het bedrijf nog geen psychotherapeutisch centrum.

Hoe dit in concreto moet zou een hele casuïstiek behoeven die in eenvolgend volume aan de orde komt. Er zijn verschillende types van problemen, d.w.z. van psychische pathologische structuren, er zijn verschillende levensbeschouwingen, en de verschillende psychotherapeutische systemen laten zich niet allen op gelijke wijze in het stramien van een "technische ingreep" inperken. Daarbij is het natuurlijk zo dat het ideaal van de zuivere psychotherapeutische relatie niet altijd haalbaar is. Dit geldt in het bijzonder voor het werk dat binnen de inrichtingsmuren moet gebeuren. Soms kun je alleen maar een leefklimaat creëren waar er "gezorgd" wordt dat de patiënten toch nog een minimale levensvreugde kunnen vinden. De grenzen tussen de psychotherapie en het gewone leven kunnen dan zeer vaag worden, en via dit leefklimaat kunnen levensbeschouwelijke opties dan opnieuw hun intrede doen, zij het op een radikaal andere wijze dan in de strikte psychotherapie. We staan hiervoor de moeilijkheid van de gemengde situaties, waar functies en taken die idealiter gescheiden zouden moeten worden, toch door mekaar gaan lopen.<sup>7</sup> Dit hoeft het zindelijke denken over de problemen echter niet aan te tasten, wat soms gebeurt als men alles in de instelling psychotherapie gaat noemen. Opstaan, zich wassen, wandelen, koken, lichaamsbeweging, lezen, tekenen, spreken... en naar het toilet gaan worden dan "therapeutisch" verklaard. Het stimuleren van allerlei activiteiten is ongetwijfeld positief, maar de inflatie van het woord "therapie" heeft vaak als gevolg dat men de specifieke levensbeschouwelijke problemen die verbonden zijn met het aparte van de psychotherapeutische relatie niet meer scherp kan onderscheiden.

Hiermee is wellicht voldoende aangeduid welke problemen we allemaal raken. Pas een nauwkeurige analyse van de geschiedenis kan de opeenvolgende problemlagen uit mekaar halen die ons steeds opnieuw tot spraakverwarring brengen zodat we erg verschillende vragen door mekaar stellen. Net zoals voor een individuele psychoanalyse moeten eerst de ondoorzichtige motieven uit het verleden bewust tot de herinnering gebracht worden voor men iets zinnigs kan zeggen over de huidige knelpunten.

Als vertrekpunt kunnen we misschien toch proberen een eerste structuur in de vraagstelling aan te brengen, in de stijl van het eerste interview voor de psychoanalyse echt begint. Het woord dat de vraagstelling concen-

---

7. Wie verder op deze problemen wil ingaan verwijzen we graag naar het indringende en genuanceerde referaat van M. Kuilman op de studiedag "Ontzilde zorg - ontzield zorg?" van het NcGv te Zeist op 2 december 1983. De referaten zullen eerlang gepubliceerd worden door het NcGv (Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid).

treert, nl. "levensbeschouwing" is in dit verband toch een woord om even langer bij stil te staan.

### **Een onderzoeksprogramma**

"Levensbeschouwing" is een nieuw woord. Het is een term die we zijn gaan gebruiken in een verzuilde maatschappij, geconfronteerd met de nood om naar de zin van die verzuiling door te stoten. Wat van dit doorstoten verwacht wordt kan nogal verschillen, maar wat men ook mag denken van de huidige toestand van het verzuilingsproces, het is belangrijk zicht te krijgen op de fundamentele vragen die er achter liggen. Daarom moeten wij een aantal problemlagen onderscheiden.

1. Iedere samenleving steunt op een levensbeschouwing die latent aanwezig is. Er heersen een aantal opvattingen over fundamentele waarden, over de wijze waarop de samenleving geordend moet worden, over de verwachtingen die de leden tegenover mekaar mogen hebben, over de relaties tot gezagsfiguren, over het religieus kader waarin de vragen over de zin van het leven al dan niet gesteld worden, etc. Om andere woorden te gebruiken: men vindt er een voorafgegeven ethos, een mensbeeld en een zingevingssysteem. Die zijn de facto aanwezig en ze beïnvloeden heel veel terreinen van het leven, maar ze worden zelden expliciet of systematisch geformuleerd. De idee van psychotherapie en geestelijke gezondheid is trouwens een uitdrukking van onze westerse levensbeschouwing. Om het nog concreter te stellen: de idee van een psychotherapie die de mens wil brengen tot autonomie en zelfontplooiing is een typische exponent van een Westerse, twintig-eeuwse levensbeschouwelijke keuze, en ze was ondenkbaar in de vorige eeuw.

Vanuit dit standpunt bekeken zou je kunnen stellen dat de psychotherapie een uitdrukking is van de fundamentele levensbeschouwelijke opties van de Westerse maatschappij uit de twintigste eeuw. Het fenomeen valt zozeer op dat men zelfs is gaan spreken over een "gepsychotherapeutiseerde" maatschappij. Een reflectie op de doelstellingen van de psychotherapie kan dan ook bijdragen tot een *bewustwording van de impliciete levensbeschouwelijke keuzes die in onze maatschappij gemaakt worden.*

2. Het pluralisme is een typisch exponent van onze Westerse levensbeschouwing: wij vinden dat de individuën het recht hebben om eigen opvattingen te hebben en om binnen bepaalde grenzen hun eigen levensstijl te ontwikkelen. De voorwaarde is wel dat ze de levensruimte van anderen eerbiedigen en die zelfs gaan verdedigen als hun onrecht wordt aangedaan. Wij zijn dus fundamenteel gehecht aan de vrijheid van het individu of, om het



anders te zeggen, aan de Rechten van de Mens. Onze Westerse psychotherapie is een uitdrukking van dit ideaal: mensen moeten opnieuw tot autonomie gebracht worden.

Als je deze grondoptie voor ogen houdt, worden een aantal problemen gerelativeerd, terwijl andere precies sterker uit de verf komen. Het pluralisme, waarover er meestal gestreden wordt, en dat zijn neerslag in het verzuilingsproces heeft gekend, is eigenlijk slechts een pluralisme van accenten binnen dezelfde, Westerse grondoptie. Op de keper beschouwd zijn wij allen gehecht aan dezelfde grondwaarden, ook al maken we in concreto verschillende deelkeuzes. De problemen betreffende de identiteit van de verschillende levensbeschouwingen binnen onze Westerse cultuur mogen dus niet overtrokken worden voorgesteld. Met uitzondering van bepaalde toepassingen van de gedragstherapie en van andere al te directieve technieken, vertegenwoordigen onze grote therapeutische richtingen de Westerse grondkeuze, en fundamentele levensbeschouwelijke conflicten hoeven hier niet aan de horizon te verschijnen.

We staan echter voor veel scherpere problemen als onze huidige, Westerse levensbeschouwing geconfronteerd wordt met die van andere culturen, wat onontkoombaar is willen we een samenleving op wereldvlak tot stand brengen. "Pluralisme" is hier niet alleen een zwaardere opgave, maar het woord dekt een andere lading: want nu gaat het om het naast mekaar bestaan van levensbeschouwingen, die grondig van mekaar verschillen. Voor de ethiek stelt dit in het algemeen moeilijke problemen. Kan je "pluralistisch" omgaan met maatschappijvormen die democratie als een aberratie beschouwen, waar de oorlog een heilige zaak is, waar men over de rechten van het gezin heel anders denkt, enz.? Soms wordt er ons verweten dat wij "imperialistisch" zijn als wij onze opvattingen over mensenrechten aan andere continenten willen opleggen. Het onbehagen, dat deze beschuldiging bij ons kan wekken, heeft niet alleen te maken met het feit dat er bij ons nog heel wat spaak loopt. Mogen wij onze opvattingen wel aan anderen opleggen, zelfs in die gevallen waar het ons zonneklaar lijkt dat wij het bij het rechte eind hebben? Al deze problemen betekenen niet dat we voor een confrontatie moeten terugwijken, integendeel. Wel moeten wij beseffen dat ons Westers begrip van pluralisme hier geen pasklaar antwoord biedt.

Wat de geestelijke gezondheidszorg betreft wordt deze opgave gesteld wanneer opvattingen of technieken uit een vreemde culturele achtergrond naar het Westen worden overgeplaatst als antwoord op onze vragen, of wanneer wij onze psychiatrie en onze psychotherapie exporteren. Zich met transculturele verschillen confronteren is erg boeiend, maar het vergt een diepgaande reflectie. Om maar een voorbeeld te nemen: Oosterse meditatietechnieken worden soms op een simplistische wijze aangeprezen om de leegte van onze Westerse godsverduistering op te vullen.

3. Binnen onze visie op mens en maatschappij geven we aan de psychotherapeut en aan zijn werk een bepaalde plaats, en op dit vlak stelt zich het probleem van de *deontologie*. Het gaat hier om de goede taakverdeling, die van cultuur tot cultuur kan verschillen en ook in de loop der tijden kan verschuiven. Deze deontologische vraag heeft twee aspecten:

a) Welke referenties moeten geëist worden als iemand een bepaalde taak wil uitoefenen? Opnieuw is het belangrijk zich niet door de woorden te laten vangen. Uitspraken als "eigenlijk is er altijd psychotherapie geweest; kijk maar naar de sjamanen..." gaan precies aan dit probleem van de taakverdeling voorbij. De vragen of iets een "medische", een "psychotherapeutische", een "pedagogische", een "begeleidende" of een "pastorale" bezigheid is worden hiermee niet opgelost. Er moet verder ingegaan worden op de garanties die gevraagd moeten worden betreffende een voldoende vorming. Daarbij komt dan de vraag over het goed recht van het achterliggende referentiesysteem. In dit verband komen we o.a. aan het probleem van de secularisatie. Om het voorbeeld van de sjamaan terug op te nemen, steekt er een berg problemen in de simpel klinkende stelling: "het onderscheid ligt erin dat het vroeger in een religieuze context gebeurde en nu niet meer". De kern van de zaak is namelijk: wat zijn de culturele referenties die iemand zozeer legitimeren dat hij die sterke intersubjectieve band weet te leggen waarvan wij nu zeggen dat hij "therapeutisch" werkt? Voor de sjamaan lag deze legitimering in een religieuze context. De psychotherapie is nu een aparte functie geworden, met een eigen legitimering, of althans, zo lijkt het. Het is de vraag of deze evolutie geen onopgeloste vragen heeft achtergelaten. Over taakverdeling spreken is niet zomaar een reorganisatie op praktisch vlak nastreven, maar een verschuiving bezegelen die ook het vroegere referentiekader treft, in ons voorbeeld de godsdienst, die goddank evenmin bij het shamanisme is blijven steken.

b) Tegen de achtergrond van deze fundamentele vraagstelling, moet het praktische probleem van de deontologie geplaatst worden.

Als we ons nu verder beperken tot de dagdagelijkse praktijk, dan mogen we *niet vergeten dat de deontologie altijd vanuit twee kanten moet bekeken worden. Het gaat niet alleen om de beroepsplichten van de beroepsuitoefenaar, maar ook om de plichten van de maatschappij tegenover hem.* Dit geldt ook voor de psychotherapie. Van de psychotherapeut kan verwacht worden dat hij zijn beperkte taak niet laat uitdeinen tot een totale greep op het leven van zijn cliënt. Correlatief hiermee aanvaardt de maatschappij dat de therapeut een zekere "vrijplaats" voor zich opeisten dus van andere verantwoordelijkheden ontslagen wordt. Het "beroepsgeheim" is hiervan een reeds lang geaccepteerd aspect. Ruimer gezien gaat het erom dat anderen (advo-

caten, curatoren, artsen, voogden...) hun eigen regulerende maatschappelijke functie niet naar de therapeut zouden doorschuiven en hem zo met contradictorische taken belasten. In die zin denk ik dat de wetgever nog heel wat werk heeft. Kritiek op de huidige wetgeving valt er ongetwijfeld te maken. Het is mij echter helemaal niet duidelijk dat het goed zou zijn alle verantwoordelijkheden zonder meer naar een medisch-psychologisch team toe te schuiven. Terecht wordt er verweten dat de wetgever tot nog toe enkel gedacht heeft aan de éne gezonde van geest die ten onrechte gecollocerd is, en niet aan een menselijke juridische regeling van de 9999 patiënten die wel verzorging nodig hebben.<sup>8</sup>

Een deontologische reflectie zou de spelregels van deze interacties moeten formuleren. Terloops weze opgemerkt dat er ook voor de pastor, de geestelijke begeleider of de morele consulent analoge deontologische regels zijn. Het is niet omdat de levensbeschouwing of de morele opties op de totaliteit van het leven betrekking hebben dat er geen beperkingen zijn aan de taak van diegene die terzake professionele hulp komt bieden. Een specifiek aspect hiervan betreft de problemen die met "psychologische druk" of "pastorale relatievorming" te maken hebben, en met deze termen komen we aan een volgende problemlaag.

4. Twee eeuwen psychiatrische en psychotherapeutische praktijk hebben heel wat ervaring vergaard waaruit zowel de theoretische reflectie als het dagdagelijkse veldwerkop het stuk van levensbeschouwing veel kan leren.

a) De fundamentele ontdekking waaruit de psychiatrie is ontstaan is die van de *overdracht*, om het fenomeen met een hedendaagse technische term uit de psychoanalyse te benoemen. Aanvankelijk heeft men de overdracht, die sterke persoonlijke band die patiënten spontaan met hun therapeut leggen, erg manipulerend gebruikt. Gaandeweg is men zich vragen gaan stellen bij deze manipulatie, en dit ging gepaard met kritische bedenkingen over de wijze waarop overdrachtsrelaties ook buiten een therapie, in het gewone sociale leven, aanwezig zijn en gehanteerd worden. Dit geldt natuurlijk in het bijzonder voor het politieke, het ethische en het religieuze: wanneer mensen het hierover met mekaar hebben worden allerlei gevoelens bespeeld die mensen in de éne of de andere richting duwen. Daaraan valt wellicht niet te ontkomen, maar het is de vraag hoe dit op de meest correcte wijze kan gebeuren. Terzake heeft men tot nog toe vooral gewezen op het gebruik - en het misbruik - dat kan gemaakt worden van het schuldgevoel. Ook andere

---

8. Terzake verwijzen wij graag naar de boeiende lezing van H. Ronse, *Ontwikkelingen en interpretatie van de wetgeving op de collocatie*, op de studiedagen van 20-21 okt. 1983 "Eenheid in verscheidenheid", waarvan de referaten eerlang gepubliceerd zullen worden door de Nationale Belgische Bond voor Geesteshygiëne.

structuurmomenten van de psychè kunnen echter bespeeld worden, zoals de narcistische, de psychotische, de psychopathische of de perverse breekpunten van iemands innerlijke. Op dit stuk is nog erg weinig doorgedacht.

b) Er zou nl. verder onderzocht moeten worden op welke wijze de psychopathologische classificatie basisstructuren van het menszijn aan het licht brengt. M.a.w.: *kan de psychopathologie ons geen fundamentele inzichten bieden voor de wijsgerige antropologie?* De vraag is niet nieuw. Vooral Jaspers heeft gepoogd ze vanuit zijn fenomenologische instelling te beantwoorden, en vanuit de psychoanalyse zijn er ook aanzetten geweest. De laatste tijd lijkt er een zekere vermoeidheid terzake te zijn opgetreden, zoals de puur descriptieve wending van de DSM III laat merken.<sup>9</sup> De vraag is nochtans belangrijk, niet alleen om de individuele mens te begrijpen, maar ook om zicht te krijgen op de relatie tussen een bepaalde type van pathologie en een bepaalde cultuurperiode. Is het b.v. waar dat onze maatschappelijke levensstijl een narcistische problematiek privilegieert terwijl daarvoor neurotische problemen frequenter voorkwamen? Is het waar dat Afrikaanse culturen wél depressies maar geen melancholieën kennen?<sup>10</sup> Het zijn vragen die niet zonder belang zijn.

c) Hiermee samengaan zou een reflectie op *het begrip normaliteit* moeten op gang komen. Het begrip heeft evident hatelijke momenten in zijn geschiedenis gekend, en het "normaliseren" in functie van een vooraf bepaalde standaardlevenswijze heeft inderdaad niets verkwikkends. Anderzijds valt het begrip niet te vermijden, en het heeft een onbetwistbare positieve betekenis als men uitgaat van de nood van de patiënt zelf: "wat is er nodig opdat iemand gelukkig kan zijn?". Het gaat dus om de mogelijksvoorwaarde, zowel wat betreft de innerlijke psychische structuur, als wat betreft de organisatie van het milieu, opdat iemand zijn levenskansen zou kunnen ontplooien. De vraag of we hiermee zoiets als een universele menselijke natuur zullen bereiken, of we op een onherleidbare culturele relativiteit zullen botsen, komt hier natuurlijk aan de horizon. Ook voor de ordening van de maatschappij is een reflectie op de idee van "normaliteit" belangrijk, en ook vanuit dit standpunt hoeft men niet noodzakelijk brutale, "normaliserende" connotaties te vrezen. Men kan zich de vraag zo stellen: welk soort mensen moeten we promoveren opdat ze zich tegelijk gelukkig voelen, en tegelijk bijdragen tot de innerlijke dynamiek van onze cultuur?

---

9. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, American Psychiatric Association, 1980 (3e uitg.).

10. De twee voorbeelden refereren respectievelijk naar Chr. Lash, *The Culture of Narcissism. American Life in an Age of Diminishing Expectations*, New York, 1978 en M.-C. en E. Ortigues, *Oedipe Africain*, Parijs, 2e ed., 1973.

d) Dit brengt ons tot de cruciale vraag: *Wat is het impliciete levensideaal dat door de verschillende psychotherapeutische technieken gehuldigd wordt?* Delen zij doorgaans hetzelfde mensbeeld, of streven zij met hun techniek verschillende ideaalbeelden van de mens na?

5. Er is ook een *eigen taak van het levensbeschouwelijk inzicht* en van diegenen wiens taak het is dit te promoveren.

a) De voornaamste taak is hier uiteraard *het expliciteren en het systematiseren van de impliciete levensbeschouwing* die iedere cultuur in zich draagt. Eens dit gebeurd is kan men contradicties opsporen en oplossen, andersluidende opvattingen erbij halen en met de eigene confronteren, etc., om gaandeweg een verandering en eventueel een vooruitgang inzake levensbeschouwing na te streven. We hebben het hier dus over het traditionele werk van de ethicus, wat het ethos betreft, en van de theoloog, wat de religie betreft.

Wat de geestelijke gezondheid betreft zal men in die optiek eerst en vooral reflecteren op de opkomst van die specifieke vorm van "zorg" als dusdanig. Wat zegt de opmars van de psychotherapie over onze cultuur? De theoloog zal hierbij in het bijzonder geconfronteerd worden met het fenomeen van de secularisatie: gaat het hier om een teloorgang van de religie of om een innerlijke mutatie van het oude religieuze geloof? Vanuit het inzicht in de psychologische motieven die een mens bewegen zal men zich ook over de vraag moeten buigen hoe men de interactie van de mensen het best kan ordenen, en dit zowel op het "profane" maatschappelijke vlak als op het kerkelijke.

b) Hoezeer men ook de verzuiling als een overtrokken fenomeen kan betreuren, wil een levensbeschouwelijke optie niet in de lucht hangen, dan zal ze zich moeten organiseren. In de mate ze een exponent zijn van onze Westerse cultuur, hebben onze *levensbeschouwelijke organisaties* gemeenschappelijke basisbeginselen, die hierin fundamenteel overeenkomen dat ze het recht verdedigen van de waarheid. Alle vragen moeten kunnen gesteld worden. Dit fundamenteel wijsgerig credo, dat door het christendom opgenomen werd, is een typisch Westerse waarde, die als dusdanig vanuit andere culturen natuurlijk kritisch bevraagd kan worden. In de mate ze echter verantwoord blijkt, zou ze voor een relatieve autonomie van levensbeschouwelijke verenigingen pleiten, opdat die niet gevangen zitten in het toevallige en het pragmatische van de politieke constellaties.

Dit geldt dan ook voor de specificiteit van de verschillende levensbeschouwelijke deelkeuzes wanneer die zich op het politieke vlak willen waarmaken. Ook hier lijkt een relatieve autonomie aangewezen. Ook kan men pleiten voor een zekere actievrijheid, wanneer mensen vanuit hun eigen

levensbeschouwing menen dat ze in bepaalde noden moeten voorzien waarvoor nog geen adequaat antwoord bestaat, waarna uiteraard de vraag rijst wanneer de overheid die zorg moet overnemen. Het probleem van de "relatieve" autonomie dat hierbij ter sprake komt is iets dat in detail moet bekeken worden. Ook hier is het wellicht weer belangrijk het pluralisme van deelkeuzes binnen onze Westerse levensbeschouwing niet te verwarren met de variëteit van fundamenteel andere levensbeschouwingen waarmee wij stilaan geconfronteerd kunnen worden. Dit betekent niet noodzakelijk dat we wel een interne pluralisme kunnen huldigen maar ons naar buitenuit best zouden afsluiten. We moeten wel beseffen dat een confrontatie met radikaal andere levensbeschouwingen een veel fundamenteelere reflectie vergt dan het interne pluralisme dat we in het Westen ontwikkeld hebben, omdat dit precies de uitdrukking is van onze typische Westerse levensbeschouwelijke keuze.

c) Wanneer we het over levensbeschouwing hebben, gaat het eigenlijk om wat vroeger werd aangeduid door de termen *ethiek en religie*. Nu is de samenhang maar ook het onderscheid tussen die twee termen altijd al het object geweest van discussie. Voor ons recent verleden werd er vaak geklaagd dat de religie werd misbruikt als steun voor de moraal, en dat ze zo van haar eigen waarde werd beroofd. We zouden hier moeten onderzoeken of we nog tot een eigenheid van beide sectoren kunnen besluiten en wat de verschuivingen betekenen die zich onder dit dubbel taalgebruik hebben voorgedaan.

Dit alles is uiteraard een heel onderzoeksproject, waarvan de vraagstelling nu eerst moet gepreciseerd worden door een lange anamnese...