

Herstelgeoriënteerde zorg binnen de christelijke GGZ: een inleiding

EWOUT DE JONG & HANNEKE SCHAAP-JONKER

SAMENVATTING

In dit artikel wordt beschreven wat de herstelgeoriënteerde benadering binnen de GGZ inhoudt en hoe die gestalte kan krijgen binnen de christelijke zorg. Allereerst wordt stilgestaan bij het begrip gezondheid in relatie tot de herstelbenadering. Vervolgens komen meerdere dimensies van herstel en herstelprocessen aan de orde, waarbij expliciet verbinding wordt gelegd met het christelijk geloof. Op deze manier wordt zichtbaar waarom juist het herstelgericht denken binnen de psychiatrie de mogelijkheid biedt om christelijke identiteit vorm te geven in de zorg. We laten tenslotte zien hoe deze benadering georganiseerd is binnen Eleos en welke onderzoeksvragen dit voor de toekomst oplevert.

Trefwoorden: herstelgeoriënteerde zorg, gezondheid, existentieel herstel, christelijke GGZ

INLEIDING

Bij herstelgeoriënteerde of herstelgerichte zorg heeft iedereen andere associaties met het woord herstel. Menigeen zal vooral denken aan de zogenaamde herstelbeweging binnen de psychiatrie: Herstel, *Empowerment* en *Ervaringsdeskundigheid*¹, de beweging die vooral gericht is op eigen kracht, eigen regie en de emancipatie van de psychiatrische patiënt met haar wortels in de cliëntbeweging in de geestelijke gezondheidszorg en die nu een onderdeel vormt van het Trimbos instituut. De Van Dale geeft als leidende gedachte van het herstelbegrip aan: het weer plaatsen of terugbrengen in de vorige toestand. *Back to normal*, zou je kunnen zeggen. Maar wat is normaal? De Wereldgezondheidsorganisatie definieert deze toestand in de context van gezondheid en ziekte als *'a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease, or infirmity'* (1948). Nu weten

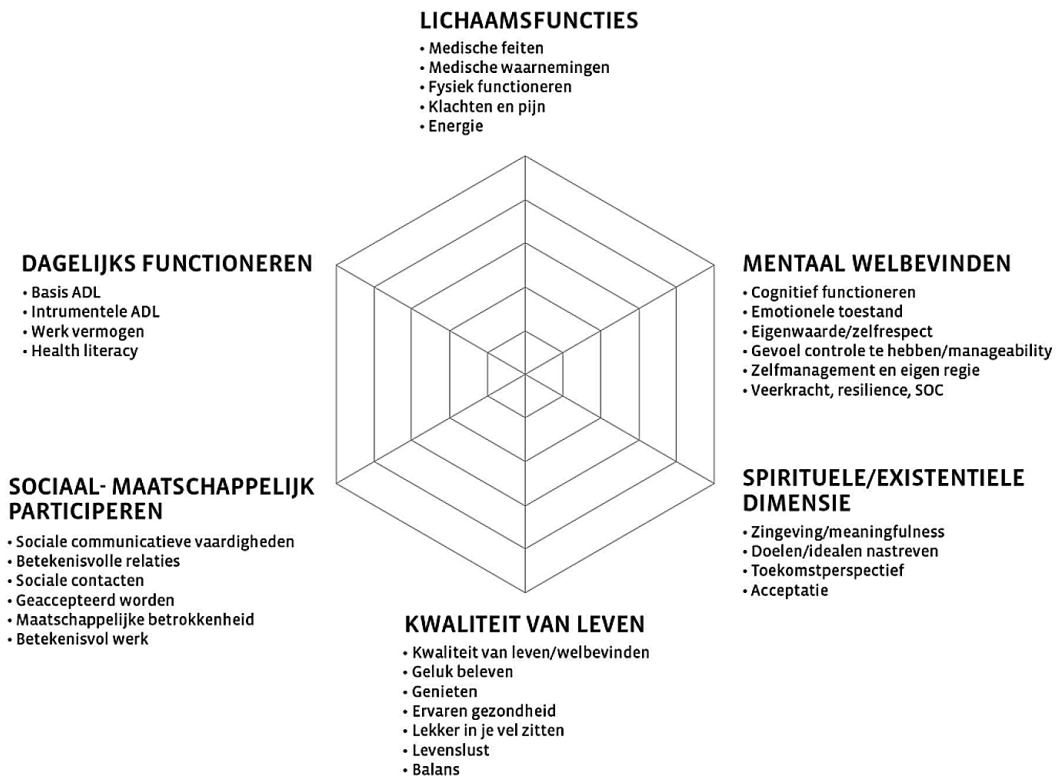
we dat in het leven van alledag een dergelijke ideale omschrijving van gezondheid niet gehanteerd wordt en vaak ook niet bereikt. Tegelijkertijd doet zich dan de vraag voor wat we in het leven van alledag wel onder gezondheid verstaan en waar herstel dan wel over gaat. Over dit laatste is – ook internationaal gezien – geen consensus (Rudnick, 2013). *'The term 'recovery' appears to have a simple and self-evident meaning, but within the recovery literature it has been variously used to mean an approach, a model, a philosophy, a paradigm, a movement, a vision and, sceptically, a myth'* (Thornton, 2013). Hierbij is herstel conceptueel gezien nauw verwant aan gezondheid. Juist omdat in het vervolg zal blijken dat gezondheid een multidimensioneel begrip is zal het begrip dat de beweging van ziekte naar gezondheid representeert, ook veelkleurig en dimensioneel dienen te zijn. Het begrip herstel lijkt hiervoor wel een geschikte kandidaat te zijn. In dit artikel wordt

beschreven wat de herstelgeoriënteerde benadering binnen de GGZ inhoudt en hoe die gestalte kan krijgen binnen de christelijke zorg. Allereerst wordt stilgestaan bij het begrip gezondheid in relatie tot de herstelbenadering. Vervolgens komen meerdere dimensies van herstel en herstelprocessen aan de orde, waarbij expliciet verbinding wordt gelegd met het christelijk geloof. Op deze manier wordt zichtbaar waarom juist het herstelgericht denken binnen de psychiatrie de mogelijkheid biedt om christelijke identiteit vorm te geven. We laten tenslotte zien hoe deze benadering georganiseerd is binnen Eleos en welke onderzoeksvragen dit voor de toekomst oplevert.

GEZONDHEID EN HERSTEL

In 2009 organiseerde ZonMw op initiatief van Machteld Huber, werkzaam bij het Louis Bolk instituut, een conferentie met 38 internationale deskundigen. Zij stelde een nieuwe definitie van gezondheid voor: ‘Gezondheid als het vermogen

om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.’ Begrippen als weerbaarheid en vermogen tot aanpassen komen in deze omschrijving centraal te staan, waarom ook gesproken wordt van *positieve* gezondheid. Deze relationele en dynamische omschrijving biedt een alternatief voor de statische definitie van de WHO (Huber, 2011). Kwalitatief en kwantitatief onderzoek resulteerde in 556 indicatoren van gezondheid die Huber vervolgens ordende in zes hoofd-dimensies: lichaamsfuncties, mentale functies en mentale beleving, spirituele dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren. Iedere dimensie is van belang in het ervaren van gezondheid en welbevinden. Vervolgonderzoek toonde aan dat vooral bij mensen met ervaring met ziekte de spirituele dimensie hoog scoorde. In deze dimensie staan zingeving, toekomstperspectief en acceptatie centraal (Huber, 2016).



Figuur: het spinnenweb,
<http://www.invoorzorg.nl/ivz/verslag-Lezing-Machteld-Huber-Een-nieuw-concept-voor-gezondheid.html>

Zoals opgemerkt is er veel onduidelijkheid ten aanzien van het begrip herstel. In een poging tot ordening hebben Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams en Slade (2011) een conceptueel kader ontwikkeld aan de hand van systematisch literatuuronderzoek en beschrijvende synthese (*narrative synthesis*). In hun analyse onderscheiden de auteurs drie hoofdcategorieën als ordende principes: kenmerken van de ‘weg van herstel’, herstelprocessen en ‘stadia van herstel’. Deze drie hoofdcategorieën worden hieronder uitgewerkt.

WEG VAN HERSTEL

Onder de ‘weg van herstel’ vallen termen als een actief, uniek en individueel proces, multidimensionaliteit, strijd, stadia, reis, non-lineair, gradueel, levens veranderend, helend milieu. Dit zijn termen die opkomen uit de geleefde ervaring van mensen.² Immers, het streven naar zo weinig mogelijk depressieve episodes bij depressieve patiënten is maar één dimensie van herstel. Hoe iemand in staat is om met blijvende fysieke beperkingen of terugkerende manische en depressieve episodes toch een zinvol leven te kunnen ervaren, welke strijd men daarin ervaart en hoe men komt tot aanvaarding, is een even belangrijke andere dimensie van herstel. Uit het overzichtsartikel van Whitley en Drake (2010), die veel biografisch materiaal analyseerden, blijkt ook het grote belang dat mensen hechten aan de ‘gewone’ dagelijkse levensroutines: het op tijd opstaan, een boodschap kunnen doen, het huishouden kunnen doen, het volgen van een opleiding, veilige behuizing en het in zekere mate kunnen voeren van eigen regie. Dit is eens te meer van belang in de context van de chronische psychiatrie. Dat het begrip herstel, dat historisch nauw verbonden was aan beschermde woonvormen en rehabilitatie, nu een breder toepassingsgebied vindt, heeft alles te maken met het feit dat veel psychische aandoeningen recidiveren of chronisch worden. Daarbij moeten we ook geen al te overspannen verwachtingen hebben van in principe curatieve behandelingen. Meerder onderzoek heeft aangetoond – na correctie op de publicatiebias – dat de effecten van zowel medicatie als psychologische behandelingen bij bijvoorbeeld depressieve stoornissen beperkt zijn (Cuijpers, 2009; Bijl, 2008). Echter, wanneer herstelprocessen breder

geconceptualiseerd worden dan uitsluitend (volledig) klinisch herstel of genezing, kan de patiënt toch komen tot meer herstel of andere vormen van herstel, en dientengevolge ook tot meer of ander welbevinden.

HERSTELPROCESSEN EN CHRISTELIJK GELOOF

De onderscheiden herstelprocessen liggen dicht bij de praktijk van de hulpverlening aan. Leamy en collega’s (2011) onderscheiden de volgende processen:

- verbondenheid: het hebben van relaties en ondervinden van steun van familie en anderen, het deel uitmaken van de gemeenschap.
- hoop en optimisme ten aanzien van de toekomst: de motivatie te veranderen, geloof in de mogelijkheid van herstel, hoop-gevende relaties, positief denken, het kunnen dromen en hebben van aspiraties.
- identiteit: het overwinnen van stigma, het herdefiniëren van identiteit – wie ben ik, wat kan ik.
- betekenisverlening: betekenis van de ervaren psychische ziekte, kwaliteit van leven, spiritualiteit, een betekenisvol leven in sociale rollen en doelen.
- empowerment: persoonlijke verantwoordelijkheid, focussen op kracht en weerbaarheid, controle over leven.

Wij merken op dat het denken in deze herstelprocessen goed aansluit bij een christelijk mens- en wereldbeeld. Immers, het christelijke mensbeeld is bij uitstek relationeel van aard (vgl. Van den Brink & Van der Kooi, 2012 p. 244-246; Green, 1999 p. 29vv, 190vv). God heeft mensen in relatie tot zichzelf en tot anderen geschapen, wat alleen al in de eerste vragen die God de mens stelt in de Bijbel duidelijk zichtbaar wordt: ‘Mens, waar ben je?’ (Gen. 3:9) en ‘Mens, waar is je broeder?’ (Gen. 4:9). In het verlengde hiervan spelen het collectief of de gemeenschap een belangrijke rol in de Bijbel en roept de Bijbel op tot onderlinge pastorale en diaconale zorg. Het relationele mensbeeld werkt verder door in de opvatting van identiteit: de vraag wie je bent wordt vanuit het christelijk geloof beantwoord *coram Deo*, voor het aangezicht van God. Identiteit heeft alles te maken met wie je bent of mag zijn in Gods ogen, en deze existentiële of spirituele dimensie van identiteit kan de basis vormen

van andere aspecten van identiteit, zoals die zichtbaar worden binnen de verschillende dimensies van herstel en herstelgeoriënteerde zorg. Daarbij is duidelijk dat ziekte en beperking ook niet het laatste woord hebben: het christelijk geloof kijkt verder dan de gebrokenheid en heeft weet van een nieuwe toekomst, die nu al zijn schaduwen vooruitwerpt, aangezien de macht van dood en duivel verslagen is op Golgotha. Hoop reikt daardoor verder dan het hier en nu, tot over de grenzen van het leven heen, en overstijgt dan ook de beperkingen van het heden. Overigens werken de accenten die binnen de theologie gelegd worden ook door in de visie op herstel binnen een christelijke context. Wanneer de nadruk wordt gelegd op de gebrokenheid die het menselijk bestaan buiten het paradijs kenmerkt, en dat de herschepping pas volkomen wordt in het eschaton ('nog niet'), zal herstel meer gekenmerkt worden door leren omgaan met beperkingen dan wanneer benadrukt wordt dat het Koninkrijk van God reeds gekomen is en in het heden gestalte krijgt ('nu al'), waarbij herstel en genezing dichter bij elkaar kunnen komen.³

Empowerment als herstelproces wordt in de literatuur als volgt gedefinieerd: 'het ontwikkelen van de eigen kracht, talenten en mogelijkheden en de ontwikkeling van inzicht in en acceptatie van onmogelijkheden en beperkingen' (Hendriksen-Favier, Nijmens & Van Rooijen, 2012). Echter, denkend vanuit het relationele kader, waarin je als mens voor het aangezicht van God leeft én aan elkaar gegeven bent, stellen wij voor de definitie als volgt aan te passen: 'empowerment is het in verantwoordelijkheid voor en afhankelijkheid van God en de naaste ontwikkelen van nieuw zelfvertrouwen, talenten en mogelijkheden én het ontwikkelen van inzicht in en accepteren van onmogelijkheden en beperkingen'. Immers, persoonlijke verantwoordelijkheid en individuele ontwikkeling kunnen zowel psychologisch als theologisch nooit los gezien worden van afhankelijkheid (zie bijv. Blatt, 2008; vgl. Van den Brink & Van der Kooi, 2012 pp. 258, 259). Dit betreft zowel afhankelijkheid van anderen als ook afhankelijkheid van God. Sterker nog, vanuit het christelijk geloof is het streven naar onafhankelijkheid de oerzonde bij uitstek. Als mens kom je uitsluitend tot je bestemming wanneer je in afhankelijkheid van God de verantwoordelijkheden die

God je heeft toevertrouwd, uitleeft (zie ook Schaap-Jonker, 2015). Eigen regie is vanuit dit perspectief dus altijd begrensd. Keerzijde hiervan is veiligheid: wanneer eigen regie niet (meer) mogelijk is, bijvoorbeeld door ernstige pathologie en mensen vergaand afhankelijk zijn, is het de verantwoordelijkheid van anderen om voor het aangezicht van God de ander zorg te bieden die de ander als medemens en medeschepsel van God recht blijft doen. Empowerment en persoonlijke verantwoordelijkheid een plaats geven in het hulpverleningsproces doet dus recht aan de principiële wederkerigheid die christelijke zorg kenmerkt: de zorgvrager is nooit alleen maar patiënt, maar medeschepsel en medemens voor het aangezicht van God, waarbij zowel de zorgvrager als zorgdrager voor de ander als Christus mogen zijn en Christus in de ander zoeken te ontmoeten (Schaap-Jonker et al, 2015).

STADIA VAN HERSTEL

Wat betreft de stadia van herstel kunnen diverse vormen onderscheiden worden, waarvan de bekendste is: overweldigd zijn door de ziekte, strijden met de ziekte, leven met de ziekte en leven voorbij de ziekte. De wijze waarop deze stadia doorlopen worden, hangt nauw samen met de wijze waarop de vraag naar de zin van de ziekte beantwoord wordt en dus de wijze van betekenisverlening; onderzoek naar religieuze coping en (mentale) gezondheid laat dit duidelijk zien (Koenig, King & Carson, 2012). De stelling zou dus verdedigd kunnen worden dat existentieel herstel een cruciale rol speelt in het doorlopen van de verschillende stadia. Hierbij dient overigens de algemene kritiek op het denken in fasen en stadia verdisconteerd te worden: heel vaak is de weg van herstel niet een rechte lijn van opeenvolgende stadia die eens en voorgoed afgesloten worden. Stadia kunnen daarom beter dynamisch opgevat worden als verschillende posities die in verschillende mate aanwezig kunnen zijn.

Het aardige van een raamwerk als dat van Leamy en collega's (2011) is dat op empirische gronden enige orde wordt aangebracht in een veelzijdig en multidimensioneel begrip als herstel. Zo kunnen herstelprocessen begrepen worden als 'meetbare dimensies van verandering die typisch optreden tijdens herstel en een taxonomie van hersteluitkomsten verschaffen'. Het ordenen van herstelstadia

kan richting geven aan welke interventies op welk moment geïndiceerd zijn.

MULTIDIMENSIONEEL HERSTEL

De verschillende pijlers van positieve gezondheid, zoals Huber haar concept noemt, en de verstoringen die hierin optreden, corresponderen logischerwijze met verschillende vormen van herstel: symptomatisch herstel (lichaamsfuncties en mentale functies), existentieel herstel (spirituele dimensie), sociaal maatschappelijk herstel (sociaal-maatschappelijke participatie, dagelijks functioneren). En dit kunnen we naar believen verfijnen al naargelang de accenten die we leggen. Zo onderscheiden Whitley en Drake (2010) klinisch, existentieel, functioneel, lichamelijk en sociaal herstel. De kerngedachte is echter dat gezondheid een multidimensioneel begrip is waar een multidimensioneel begrip als herstel goed bij aansluit. Maar, los van de naam, is wat het uitdrukt natuurlijk waar het om gaat: aandacht hebben in de zorg voor mensen voor het brede scala aan functies en dimensies met het focus op verantwoordelijkheid en aanpassing.

EXISTENTIEEL HERSTEL

In de christelijke GGZ verdient aandacht voor existentieel herstel bij uitstek een plaats. Existentieel herstel heeft betrekking op de meest fundamentele laag van het bestaan en ultieme vragen van het leven (existentie = bestaan). De existentiële dimensie is dan ook meer dan één van vele dimensies; het is de richtinggevende dimensie die in alle behandeling en begeleiding, ofwel in alle vormen van herstel, impliciet aanwezig is. Juist binnen de psychiatrie, waarbij mensen geconfronteerd worden met kwaad en lijden, wordt de existentiële dimensie meer expliciet. Het kan dan gaan om vragen over de eigen identiteit ('wie ben ik?') en de waarde van het eigen bestaan ('mag ik er wel zijn?'), vragen naar het doel en de zin van het leven ('waarom overkomt mij dit? waarvoor ben ik op aarde?'), vragen over belangrijke waarden ('wat is echt belangrijk voor mij, juist als ik zoveel moet inleveren?' 'wat is goed leven?') en over effectiviteit en controle ('wat kan ik bereiken?') (vgl. Baummeister, 1991). De existentiële dimensie heeft dus betrekking op de betekenisdimensie. De klinische en existentiële dimensie zijn hierbij nooit los van

elkaar te zien, aangezien mensen niet alleen *aan*, maar ook *onder* hun ziekte lijden (vgl. Eneman & Sabbe, 2006). Wanneer het niet goed lukt om de eigen ervaringen van lijden en psychische ziekte op enige manier in een betekenisvol geheel te duiden, kan dit leiden tot een zingevingscrisis. Voor gelovigen kunnen existentiële vragen vorm krijgen in geloofsworstelingen, ervaringen van godverlatenheid, gevoelens van betekenisloosheid ('het zegt me allemaal niets meer') et cetera, hoewel geloof ook kan fungeren als een bron van steun en kader waarin zin en betekenis gevonden wordt (Ano & Vasconcelles, 2005; Exline, Pargament, Grubbs & Yali, 2014; Pargament, 1997). Uit internationale literatuur blijkt dat aandacht voor existentiële dan wel religieuze/ spirituele thema's in relatie tot de psychopathologie over het algemeen samengaat met een beter behandelresultaat en hogere klanttevredenheid (Rosmarin, Pargament, Pirutinsky & Mahoney, 2010; Weber & Pargament, 2014). Aandacht voor de existentiële dimensie kan dus klinisch herstel bevorderen, terwijl verwaarlozing ervan een belemmerende factor kan zijn voor klinisch herstel.

GESTOORDE BETEKENISVERLENING

In de discussie over positieve gezondheid, eigen regie en verantwoordelijkheid stuiten we wel op een belangrijk element waarin psychiatrische stoornissen en meer orgaan-specifieke stoornissen zich onderscheiden. Als je kunt stellen dat psychiatrische stoornissen zich kenmerken door een gestoorde betekenisverlening (sense-making) (De Haan, 2015), dan zou juist het proces van het hervinden van zin en betekenis in het leven op z'n minst een zeer ingewikkelde opgave zijn. '*Many mental health challenges are far-reaching and overwhelming. They involve a severe distortion of meaning.... A psychiatric disorder is also accompanied by a sense of estrangement...*' (Boevink, 2013). Zo weten we dat juist bij ernstige depressieve stoornissen er sprake kan zijn van verlies van wat Matthew Ratcliffe (2015) noemt, existentiële hoop: het vermogen tot het hopen, datgene wat juist het hopen mogelijk maakt in het bestaan. Bij een verlies aan existentiële hoop is de deur naar de toekomst gesloten, de toekomst als een dimensie waarbinnen betekenisvolle mogelijkheden kunnen worden geactualiseerd (p. 110).

‘When depressed I see life as pointless and sometimes cruel. I cannot see any possibilities for change or improvement’ (p. 113).

Als we over herstelgerichte zorg spreken dienen we daarom goed in het oog te houden dat spreken over existentieel herstel de mogelijkheid tot *stance taking* veronderstelt; we moeten ons enigmatische weten te verhouden tot ons probleem, onze terugkerende angsten, periodes van somberheid of toegenomen impulsiviteit en hyperactiviteit. Ver-antwoord-elijkheid veronderstelt ook een zeker mate van vrijheid die bij verschillende psychische stoornissen in het geding kan zijn. Niet iedere patiënt heeft het vermogen op zijn of haar ziekteproces te reflecteren. Dit wordt onder meer bepaald door persoonlijkheidsvariabelen en cognitieve beperkingen. Hierbij is het van belang om onderscheid te maken tussen de fases waarin een patiënt zich bevindt. Bij een bipolaire stoornis kunnen we bijvoorbeeld verschillende fases in het ziekteproces onderscheiden en de mate waarin de betekenisverlening gestoord is verschilt tussen de fases. Ook kunnen we hierbij denken aan de bovengenoemde verschillende stadia die een patiënt in zijn ziekteproces doorloopt. Bij iedere patiënt blijft het daarom essentieel om in iedere (unieke) fase van het ziekteproces zo goed mogelijk aansluiting te zoeken bij de geleefde ervaring: waar liggen de wensen en verlangens, de schaamte en het ervaren tekort?

ERVARINGSDESKUNDIGHEID EN GEDEELDE BESLUITVORMING

Clinici doen er goed aan te beseffen hoe hun eigen ideeën en aanzien van ziekte en gezondheid zijn gevormd door eigen ervaringen, eigen normen en waarden, de gevolgde opleiding. Uit het genoemde onderzoek van Huber (2016) blijkt bijvoorbeeld ook dat beleidsmakers én hulpverleners, en dan met name artsen, gezondheid op een smalle biomedische wijze interpreteren. Als artsen zelf een chronische ziekte meemaken verandert het profiel en worden de spiritueel/existentiële dimensie en de sociaal-maatschappelijke dimensie belangrijker. Voor patiënten lijken alle dimensies van evenveel belang te zijn; herstel is meer dan het afnemen van symptomen en gaat bijvoorbeeld ook over veilig wonen, het kunnen uitoefenen van sociale rollen

in werk en gezin en de invloed hiervan op de zelfwaardering. Het zou kunnen dat deze resultaten niet generaliseerbaar zijn naar hulpverleners binnen de GGZ omdat zij meer gewend zijn te werken vanuit een bio-psycho-sociaal model in plaats van uit een strak biomedisch model. Of de spirituele/existentiële dimensie dan ook meer aandacht krijgt in behandelingen is de vraag. Zelfs bij een christelijke organisatie als Eleos lieten patiënttevredenheidonderzoeken zien dat de spirituele of existentiële kant van diagnostiek en behandeling onderbelicht bleef (Eleos, 2014).

Om de aandacht voor de leefwereld in het herstel van de patiënt te garanderen, is de figuur van de ervaringsdeskundige van belang. Het reflecteren op de eigen ervaring, het delen van deze ervaring met anderen leidt tot de ontwikkeling van collectieve ervaringskennis: kennis over hoe het is om te leven met een psychische kwetsbaarheid en de gevolgen daarvan. Het overdragen van ervaringskennis en het inzetten daarvan in de ondersteuning van herstelprocessen noemen we ervaringsdeskundigheid (Hendriksen-Favier et al.; 2012, p.23). De ervaringsdeskundige heeft echter ook een belangrijke functie richting het hulpverlenend team: hoe bejegenen hulpverleners patiënten, in hoeverre zijn ze zich bewust van bepaalde gedragingen die stigmatiserend of bevoogdend kunnen worden ervaren, hoe wordt er óver patiënten gesproken, etc.

Juist omdat het denken van klinici en patiënten ten aanzien van levenskwaliteit nogal uiteen kan lopen is het gesprek over de verschillende dimensies binnen het hulpverleningsproces van essentieel belang, evenals gedeelde besluitvorming. Bij het (on)vermogen tot ‘afstand nemen’ en reflectie ligt de begrenzing ten aanzien van de gedeelde besluitvorming. Als iemand niet in staat is tot het komen van een in meer of mindere mate afgewogen oordeel ten aanzien van zijn situatie, als bijvoorbeeld de wilsvrijheid in het geding is, dan kan de mening van de patiënt *overruled* worden door een gemotiveerd besluit van de hulpverlener. Wij raken hier de sfeer van de dwangopnames en dwangbehandeling, juridisch ingekaderd door de Wbopz.

ELEOS

Eleos is een instelling voor gereformeerde gees-

telijke gezondheidszorg, in 2000 ontstaan vanuit een fusie van de Gereformeerde Landelijke Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, het Gereformeerd Psychiatrisch Ziekenhuis en de Gereformeerde Landelijke Instelling voor Beschermde Woonvormen. De meeste hulpvragers en hulpverleners zijn protestant en behoren veelal tot één van de kerken die genoemde instellingen hebben opgericht (van Gereformeerde Kerken vrijgemaakt tot (Oud) Gereformeerde Gemeenten (in Nederland)). De zorg is georganiseerd in drie regio's. Binnen deze regio's kan zowel ambulante behandeling, als woonbegeleiding geboden worden en in regio Midden ook nog klinische zorg. De regionale organisatie van zorg beoogt ook de samenwerking te bevorderen tussen behandeling en begeleiding. Zowel in intake, indicatie als behandeling en begeleiding wordt gepoogd te werken volgens de principes van herstel. In afstemming met de patiënt wordt bezien op welke dimensies van herstel er sprake is van een hulpvraag en wens tot verandering. Vervolgens wordt op grond van deze hulpvraag bij onderzochte weerbaarheid en kwetsbaarheid een individueel zorgprogramma samengesteld waarin zowel doelen van behandeling als van begeleiding kunnen worden opgenomen. In de specialistische GGZ wordt dit programma regelmatig geëvalueerd door middel van zogenaamde herstelgesprekken. Met deze aanpak wordt ten aanzien van de dimensie klinisch herstel aangesloten bij de vigerende richtlijnen en evidence based medicine – de modules die een zorgprogramma vorm geven -, anderzijds wordt de behandeling zo veel mogelijk afgestemd en worden actief zingevingsvragen geëxploreerd.

ONDERZOEKSVRAGEN

Een belangrijke vraag in de context van het thema van dit artikel is hoe christelijke dan wel gereformeerde patiënten herstel zien en ervaren. Een nadere analyse bij een subgroep van etnische minderheden in het onderzoek van Leamy (2011) leidde tot dezelfde vijf criteria met grotere nadruk op spiritualiteit – het deel uitmaken van een geloofsgemeenschap – en stigma én twee extra thema's als cultuur specifieke factoren van herstel en collectivistische noties van herstel. Een te testen hypothese is dat bij christelijke patiënten existentiële of spirituele

noties in herstel een grote rol spelen. Indien dit zo blijkt te zijn kan dat consequenties hebben voor de in te zetten interventies binnen herstelgericht werken. Te denken valt aan informele kerkelijke zorg, pastorale zorg en meer specifieke aandacht voor spiritualiteit in de zorg. Echter, hoewel van overheidswege de lof op de participatiesamenleving wordt bezongen zijn er serieuze vragen te stellen bij de haalbaarheid hiervan. Doet de kerk het dan beter? Als het behoren tot een gemeenschap, het ervaren van steun en verbondenheid zo belangrijk is in het herstelproces (De Jong, 2014), slaagt de christelijke GGZ er dan in om deze steunbron van informele kerkelijke zorg aan te boren en te benutten in behandeling en begeleiding? Empirisch onderzoek kan antwoord geven op deze vraag én zichtbaar maken wat hierin bevorderende en remmende factoren zijn. Hierbij moet echter opgemerkt worden dat de patiëntenpopulatie van Eleos een specifieke is wat kerkelijke achtergrond betreft, en wellicht uniek in Nederland. Dit heeft uiteraard implicaties voor de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten.

In de binnen Eleos geïmplementeerde herstelgerichte zorg is een interne spanning aan te wijzen. Zoals eerder benoemd als de weg van herstel wordt binnen het herstelgerichte denken vooral het procesmatige benadrukt. Iedere patiënt gaat zijn eigen unieke weg, heeft zijn eigen strijd en loopt met vallen en opstaan de weg van herstel. Binnen de meer medisch georiënteerde evidence-based psychiatrie met focus op klinisch herstel wordt het te behalen doel meer benadrukt, dat wil zeggen, genezing of op tenminste afname van symptomen. Eleos wil echter door middel van de multidimensionele benadering van herstel zowel het procesmatige als het doelgerichte bijhouden. In hoeverre dit zal lukken is een spannende vraag die eveneens empirisch onderzocht kan worden. Overigens is het de vraag hoe dit op een valide manier kan gebeuren. In een maatschappij die voortdurend verantwoording vraagt van het therapeutisch handelen en wil weten hoe effectief een instelling is in het bevorderen en ondersteunen van (multidimensioneel) herstel worden weliswaar meetinstrumenten ontwikkeld (Williams, Leamy, Pesola, Bird, Le Boutilier & Slade, 2015), maar gezien de subculturele inkleuring van herstel is het de vraag of christelijke

zorginstellingen niet eigen vragenlijsten moeten ontwikkelen om het proces van herstel goed in beeld te krijgen om vervolgens hier gericht op te kunnen interveniëren.

TENSLOTTE

In dit artikel is zichtbaar geworden welke mogelijkheden herstelgeoriënteerde zorg biedt voor de christelijke GGZ, en welke vragen en uitdagingen nog open liggen. Hoewel er binnen de geestelijke gezondheidszorg initiatieven ontwikkeld zijn die een brede visie op gezondheid en herstel voorstaan (Van Os, 2014; Delespaul, Milo, Schalken, Boevink & Van Os, 2016), is de implementatie hiervan complex. Hulpverleners, hetzij opgeleid in evidence-based medicine of protocollaire psychologische behandelingen, maken niet gemakkelijk de verbreding in het denken over herstel. De genoemde inherente spanning tussen het doelgerichte en procesmatige denken zal hier zeker ook debet aan zijn. Het hersteldenken biedt echter veel kansen voor christelijke zorginstellingen. De religieuze betrokkenheid, de inbedding in gezin en kerkelijke gemeenschap zijn dimensies die binnen de hulpverlening ruimhartig aan de orde mogen komen in goede afstemming met het pastoraat. Hoe patiënten deze zorg ervaren en of ze leidt tot meer welbevinden is een zaak van empirische toetsing.

NOTEN

- 1 <https://www.hee-team.nl>
- 2 Illustratief is dat in het boek *Recovery of people with mental illness* (2013) de eerste drie hoofdstukken geschreven zijn door ervaringsdeskundigen onder wie Wilma Boevink, bekend in Nederland vanuit de herstelbeweging.
- 3 Theo Boer (2007) presenteert in de context van de christelijke ethiek ‘de ethiek van de badkuip’ waarbij de goede schepping de linker rand van de badkuip vormt, de val de steile rand naar beneden, en ‘de verwachting dat ooit alles goed komt de steil opgaande lijn naar boven. Het menselijk leven speelt zich daar ergens tussenin af. Bij tijden ‘op de bodem van de badkuip’, maar ook met het hart vol van het ideaal van het goede leven.’ In het verlengde hiervan kan een christelijke visie op herstel benadrukken dat we op de bodem van de badkuip leven, of juist

gedacht worden vanuit de rechterraand van de badkuip, waarin de schepping volledig hersteld is en het leven vernieuwd.

REFERENTIES

- Ano, G. & Vasconcelles, E.B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 61, 461-480.
- Baumeister, R.F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford Press.
- Bijl, D. (2008). Opnieuw twijfel aan de werkzaamheid van antidepressiva: Nauwelijks beter dan placebo. *Geneesmiddelenbulletin* 42 (5), 45-46
- Blatt, S. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington: American Psychological Association.
- Boer, T. (2007). Bijbelse moraal tussen chaospreventie en het ideaal van het goede leven. *Kontekstueel* 22, (5), 6-11
- Boevink, W. (2013). Life beyond psychiatry. In A. Rudnick (ed.), *Recovery of people with mental illness: Philosophical and related perspectives* (p. 15). Oxford: University Press.
- Brink, G. Van den & Kooi, C. Van den (2012). *Christelijke dogmatiek: Een inleiding*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Cuijpers, P. (2009). De effecten van psychotherapie op depressie bij volwassenen: de invloed van publicatiebias en kwaliteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 3
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & Os, J. van. (2016). *Goede ggz! Nieuwe Concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis.
- Eleos. (2014). *Gelovig in gesprek. Onderzoek naar het functioneren van het geloof in de hulpverlening binnen Eleos*. (Rapport Cliëntenraad Eleos). Amersfoort: Auteur.
- Eneman, M. & Sabbe, B.G.C. (2006). Hopeloosheid bij patiënten met schizofrenie: Lijden aan en onder schizofrenie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 48 (5), 373-382.
- Exline, J.J. (2009). Religious and spiritual struggles. In: K.I. Pargament, J.J. Exline, & J.W. Jones (Eds.), *APA Handbook of Psychology, Religion and Spirituality Vol. 1* (pp. 459-475). Washington: APA.

- Exline, J.J., Pargament, K.I., Grubbs, J.B. & Yali, A.M., (2014). The Religious and Spiritual Struggles Scale: Development and initial validation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(3), 208-222.
- Green, C.J. (1999). *Bonhoeffer: A theology of sociality. Revised edition*. Grand Rapids/Cambridge: Eerdmans.
- Haan, S. de. (2015). *An enactive approach to psychiatry*. Inauguralsdissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät der Universität Heidelberg.
- Hendriksen-Favier, A., Nijens, K., & Rooijen, S. van. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Utrecht: Trimboos-instituut
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343:d4163
- Huber, M., Vliet, M. van, Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P.C., & Knottnerus, J.A. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: A mixed method study. *BMJ Open*, 5:e010091. doi:10.1136/bmjopen-2015-010091
- Jong, E. de (2014). Psychosociale mantelzorg en de christelijke gemeente: Een update. *Psyche & Geloof* 25, 1, 53-61.
- Koenig H.G., King, D.E., & Carson V.B. (eds.) (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford: University Press.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry* 199, 445-452.
- Os, J. van. (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz*. Leusden: Diagnosis.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Ratcliffe, M. (2015). *Experiences of depression; a study in phenomenology*. (p. 99-127). Oxford: University press.
- Rosmarin, D.H., Pargament, K.I., Pirutinsky, S. & Mahoney, A. (2010). A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 799-808.
- Rudick, A. (2013). Introduction. In A. Rudnick (ed.), *Recovery of people with mental illness; philosophical and related perspectives* (p. 3). Oxford: University press.
- Schaap-Jonker, H. (2015). Zelfontplooiing en kwetsbaarheid binnen de matrix van autonomie en verbondenheid: Een godsdienstpsychologisch perspectief. In: Paul, H. & Slob, W. (red.), *Zelfontplooiing: Een theologische peiling* (61-76). Zoetermeer: Boekencentrum.
- Schaap-Jonker, J., Timmerman, R., Brink, B. van den, Koopmans, F., Lely, A.J. de & Scholte, W. (2015, 4 februari). Christelijke ggz in teken van menswording. *Reformatisch Dagblad*. Vergeven van <https://www.kicg.nl/wp-content/uploads/2015/03/Christelijke-ggz-in-teken-van-menswording.pdf>
- Thornton, T. (2013). Is recovery a model? In A. Rudnick (red.), *Recovery of people with mental illness; philosophical and related perspectives* (p. 237). Oxford: University press.
- Weber, S.R. & Pargament, K.I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current opinion in psychiatry*, 27-5, 358-363.
- Whitley, R., Drake, R.E. (2010). Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services*, 61, 1248-1250
- Williams, J., Leamy, M., Pesola, F., Bird, V., Le Boutillier, C., & Slade, M. (2015). Psychometric evaluation of the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR). *The British Journal of Psychiatry*, 207, 551-555.

PERSONALIA

Ewoud de Jong is als Eerste geneeskundige en psychiater werkzaam bij Eleos. Correspondentieadres: Printerweg 21-35, 3821 AP Amersfoort.
Hanneke Schaap-Jonker is psycholoog en theoloog en werkt als rector van het Kennisinstituut christelijke GGZ, een gezamenlijk initiatief van Eleos en De Hoop GGZ.