
TWEE APARTE WERELDEN?

Over de relatie tussen spiritualiteit en de GGZ en de rol van de SPV daarin

Jacoline Venema, Auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige in opleiding bij de Hogeschool Amsterdam.

Inleiding

In dit essay zal een eerste aanzet worden geven voor de wijze waarop de SPV het thema 'spiritualiteit' kan integreren in haar dagelijks handelen. Allereerst zullen de definities van de begrippen 'religie' en 'spiritualiteit' worden geven. Vervolgens zal worden stilgestaan bij de omgang met spiritualiteit in de GGZ en de sociale psychiatrie, vroeger en nu: belangrijke informatie voor de eigen beeldvorming door de SPV. Daarna zullen enkele handvatten worden gegeven voor de omgang van de SPV met het thema 'spiritualiteit' in haar hulpverlening. Afsluitend volgen een conclusie en aanbevelingen, gevolgd door een korte samenvatting van dit essay.

Definities

Begrip 'religie'

Religie wordt in het Wolters' Woordenboek (1996) omschreven als: 'geloofsleer, godsdienst'. Volgens Van Uden en Pieper (1996) kan bij het definiëren van religie onderscheid gemaakt worden tussen inhoudelijke en functionele definities: bij inhoudelijke definities wordt naar een bepaalde hoedanigheid/kwaliteit van het religieuze verwezen en bij functionele definities wordt gelet op het eindresultaat/dat wat het religieuze bewerkstelligt.

Begrip 'spiritualiteit'

Spiritualiteit wordt door Hungelman (in: Verberk & De Kuiper, 2002) omschreven als: 'een kracht/energie in iemands leven die het leven zowel met betrekking tot het heden als de toekomst zin geeft en waardoor iemand zich door tijd en ruimte heen verbonden voelt met de Ultieme Andere, met anderen en met de schepping/natuur.

Dit kan worden bereikt door een dynamisch en integrerend groeiproces dat leidt tot een realisatie van de ultieme betekenis en zin van het leven'.

Overeenkomsten en verschillen tussen beide begrippen

Hoewel beide definities in de praktijk vaak door elkaar heen gebruikt worden, lijkt spiritualiteit een wat breder vlak te bestrijken dan religie: waar religie vooral associaties lijkt op te roepen met een bepaalde, redelijk vastomlijnde geloofsovertuiging, lijkt spiritualiteit eerder iets op te roepen van een zoektocht naar het hogere/diepere/innerlijke, los van een vastomlijnde geloofsovertuiging (hoewel de zoektocht uiteindelijk wel zou kunnen leiden tot een meer vastomlijnde geloofsovertuiging). In dit essay zal m.n. het begrip spiritualiteit worden gebruikt, hoewel het de lezer vrij staat dit begrip te vervangen door het begrip religie.

Omgang met spiritualiteit in de GGZ en de sociale psychiatrie

Omgang in het verleden

De laatste helft van de 19^e eeuw stond o.m. in het teken van de opkomst van de verzuiling. Het fenomeen 'verzuiling' was typerend voor Nederland (Van der Padt, 1999). 'Op grond van geloof of een andere vorm van levensovertuiging was de Nederlandse bevolking in groepen verdeeld: hervormden, gereformeerden, katholieken, socialisten, liberalen, communisten, enzovoort). Behoorde men tot een van die groepen, dan liet met zich niet in met een andere groep. Het hele maatschappelijke leven was via allerlei organisaties verdeeld over de verschillende zuilen' (Hogema en Van der Padt in: Van der Padt, 1999: 7). Als

direct gevolg van de verzuiling ontstonden overal in Nederland psychiatrische ziekenhuizen met een duidelijke signatuur. Voorbeelden hiervan zijn: Veldwijk te Ermelo (gereformeerd), St. Joris te Delft (katholiek) en het Apeldoornsche Bosch te Apeldoorn (Joods). In enkele psychiatrische ziekenhuizen begon men zelf met het scholen van personeel (Van der Padt, 1999). In de scholing en latere beroepsuitoefening kwam de signatuur van het desbetreffende ziekenhuis duidelijk naar voren. Voor het personeel van Veldwijk was bijvoorbeeld gedurende lange tijd de zondagse kerkgang verplicht en bevatte het examen een flink stuk geloofsleer (J. Bakker in: W. Dijk, 1999). Niet alleen psychiatrische ziekenhuizen maar ook andere organisatievormen binnen de gezondheidszorg, zoals de kruisverenigingen, waren herkenbaar door hun eigen signatuur. Toen met name in de jaren '30 van de vorige eeuw zowel vanuit de psychiatrische ziekenhuizen als vanuit de kruisverenigingen allerlei ambulante voorzieningen werden ontwikkeld, geschiedde dit in eerste instantie ook vanuit de signatuur van de desbetreffende psychiatrische ziekenhuizen en kruisverenigingen: ook bij deze ontwikkelingen was de verzuiling duidelijk zichtbaar (Van der Padt, 1999). Na de Tweede Wereldoorlog werd de overheidsbemoeienis met de gezondheidszorg, dus ook met de GGZ en de sociale psychiatrie, steeds groter. Hoewel de weerstand binnen de organisatievormen met een duidelijk herkenbare signatuur flink was, leidde een en ander steeds meer tot ontzuiling (Van der Padt, 1999). Tijdens de antipsychiatrie in de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw kwamen de GGZ en religie lijnrecht tegenover elkaar te staan (P. Verhagen in: W. Dijk, 1999). Het begrip 'spiritualiteit' verdween langzamerhand uit het lexicon van de verpleegkundige en het terrein 'religie en zingeving' werd steeds meer het

unieke terrein van de afdeling Geestelijke Verzorging, de plaatselijke pastores, enz. Bij deze afkalving kunnen echter twee kanttekeningen worden geplaatst:

- Een conclusie kán zijn dan de strikte scheiding tussen het terrein van de verpleging en het terrein van de afdeling Geestelijke Verzorging, de plaatselijke pastores, enzovoort heeft geleid tot een verschraving van de zorgverlening door de verpleegkundige.
- De vraag is echter in hoeverre het begrip 'spiritualiteit' tijdens de jaren van verzuiling echt een onderwerp van gesprek was tussen verpleegkundige en patiënt. Verzuiling kan immers ook leiden tot een soort vanzelfsprekendheid ('zo doen, denken, handelen wij') waarbij weinig tot geen ruimte is voor de eigen geloofsbeleving door de patiënt en voor de mogelijke vragen en twijfels die patiënten hebben.

Omgang in het heden

Met de opkomst van de antipsychiatrie in de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw, kwamen de GGZ en religie dus lijnrecht tegenover elkaar te staan. Er ontstond een strikte scheiding tussen het werkgebied van de verpleegkundige en het werkgebied van de afdeling Geestelijke Verzorging, de plaatselijke pastores, enz. Ter legitimering van deze scheiding werden (en worden) o.m. de volgende argumenten genoemd (Berger, 1993):

- 'Daar heb ik niets mee te maken. Dat valt buiten mijn competentie. Dat hoort thuis bij een geestelijk verzorger, een pastor-theoloog, een goeroe of humanistisch raadspersoon, maar hier is het niet ter zake ...'
- 'Religieuze gevoelens, ideeën en gedrag zijn onbelangrijk .. niet relevant .. tenzij in het geval dat de klacht of stoornis zich precies in de religiositeit nestelt en manifesteert'. Hoewel bij het tweede argument sprake lijkt te zijn van een voorzichtige

opening, is ook bij de verkondigers van dit argument geen sprake van een geïntegreerde benadering van spiritualiteit en hulpverlening: spiritualiteit komt alleen ter sprake als er een direct verband kan worden aangetoond met de pathologie. Toch lijkt het erop dat de strikte scheiding tussen verpleging en religie zich niet over de hele breedte van spiritualiteit uitstrekt. Twee ontwikkelingen onderstrepen deze veronderstelling: Ten eerste lijkt de laatste decennia sprake te zijn van een herleving van het spiritueel bewustzijn, waarbij de mens niet direct op zoek lijkt naar alle antwoorden op de levensvragen die hij heeft maar vooral op zoek lijkt naar onbekende, diepere lagen in zichzelf. De (sterke) opkomst van bijvoorbeeld yoga en Transcendente Meditatie zijn uitingsvormen van deze zoektocht naar onbekende, diepere lagen in zichzelf. De belangrijkste uitgangspunten vormen aanleiding om naast de reguliere geneeskunde ook allerlei vormen van alternatieve geneeskunde te ontwikkelen. De scheiding tussen reguliere geneeskunde en alternatieve geneeskunde is echter niet absoluut: ook binnen de reguliere geneeskunde komen de laatste decennia allerlei therapievormen voor die zijn 'overgewaaid' uit de alternatieve geneeskunde (bijvoorbeeld hypnotherapie). Ten tweede kwamen, met de komst van eerst vooral gastarbeiders en later vooral asielzoekers naar Nederland, ook andere religies naar Nederland. De islam is hier een duidelijk voorbeeld van. Hoewel ons land vroeger een overwegend christelijke natie was, is de laatste decennia de verscheidenheid aan religies flink gegroeid. Niet alleen andere geloofsovertuigingen dan de christelijke geloofsovertuiging vonden grond in Nederland maar ook binnen de christelijke geloofsovertuiging zelf kwam een (nog) grotere variatie tot stand: hoewel bijvoorbeeld veel Afrikaanse asielzoekers christen zijn, is hun

christelijke geloofsbeleving veelal sterk doordrenkt met allerlei inheemse (en dus niet Nederlandse) rituelen en gebruiken.

Wat betreft de huidige omgang met spiritualiteit in het algemeen kan gesteld worden dat religie vooral sinds de jaren '60 en '70 van de vorige eeuw steeds meer een apart terrein is geworden, steeds minder een geïntegreerd deel van de Nederlandse samenleving. Een soortgelijke ontwikkeling is te zien binnen de GGZ en de sociale psychiatrie: de psychiatrische hulpverlening ging zich meer en meer distantiëren van religie (engere definitie) al hoewel er ook steeds meer (maar dan andere) elementen van spiritualiteit (breder definitie) binnen de diverse therapeutische benaderingswijzen terug te vinden zijn.

Uit een onderzoek in 1992 (Van Uden en Pieper, 1996) onder ex-cliënten van een aantal Riaggs bleek dat door 40 tot 50% van de ex-cliënten een verband werd gezien tussen geloof/levensbeschouwing en de psychische problematiek. Bij doorvragen bleek dat het merendeel daarbij eerder aan een positieve dan een negatieve invloed dacht. Voor ongeveer 40% van de ondervraagden was het geloof geheel of gedeeltelijk tot steun geweest bij het omgaan met de problemen en voor 25% zouden de problemen zonder geloof/levensbeschouwing nog groter geweest zijn. Uit deze percentages kan worden geconcludeerd dat het geloof/de levensovertuiging voor veel ex-cliënten een bron van troost en steun was geweest bij het verwerken van hun problemen. Toch blijkt uit ditzelfde onderzoek dat 40% van de ex-cliënten ontevreden was over de manier waarop de geboden hulp aansloot bij de geloofs-/levensbeschouwelijke kant van de problemen. Slechts in gemiddeld twee procent van de gevallen was sprake van het spréken over een doorverwijzing naar een pastoor, dominee, geestelijk verzorger, of iets

dergelijks. De daadwerkelijke doorverwijzing zal nog lager geweest zijn. Aan bovengenoemd onderzoek deden ongeveer 800 ex-cliënten mee, zowel jeugdigen als volwassenen als ouderen: de uitkomsten van dit onderzoek geven dus een redelijk representatief beeld van de Nederlandse samenleving.

Spiritualiteit in het algemeen en religie in het bijzonder blijkt dus voor veel mensen een bron van troost en steun te zijn. Om die reden is het belangrijk dat door de verpleegkundige in de GGZ en de SPV in de sociale psychiatrie, aandacht wordt geschonken aan de beleving van spiritualiteit/religie door de cliënt. In het kader van dit essay zal vooral gekeken worden naar de mogelijkheden daarvoor voor de SPV in haar hulpverlening.

Handvatten voor de omgang door de SPV met spiritualiteit in de hulpverlening

Spirituele variabele

In diverse verpleegkundige modellen wordt aandacht geschonken aan het begrip 'spiritualiteit'. Van de elf Gezondheidspatronen van M. Gordon is het 11^e Gezondheidspatroon 'waarden en geloof'. Ook B. Neuman onderscheidt als een van de vijf variabelen van het cliëntensysteem de 'spirituele variabele' (Verberk en De Kuiper, 2002). Volgens Neuman is de spirituele variabele een aangeboren eigenschap van elke cliënt. Daarbij kan het zijn dat deze variabele volledig onbewust blijft en de cliënt zich het bestaan van deze variabele in het geheel niet realiseert. Ook kan het zijn dat deze variabele heel bewust is ontwikkeld naar een waarden- en normenpatroon, dat van invloed is op het totale functioneren van de cliënt. Volgens Neuman kan de spirituele variabele op positieve of negatieve wijze effect hebben op de overige variabelen (te weten: fysiologisch,

psychologisch, ontwikkelingsgericht en sociaal-cultureel).

Verpleegkundig proces

De spirituele variabele komt naar voren in alle stappen van het verpleegkundig proces, van anamnese tot evaluatie.

Anamnese

Tijdens de anamnese moet verhelderd worden waar de cliënt staat op het continuüm spiritueel welbevinden (Verberk en De Kuiper, 2002). Uitersten op dit continuüm zijn enerzijds het optimaal spiritueel welbevinden en anderzijds de spirituele nood (spiritual distress). Tussen deze beide uitersten bevinden zich de bevordering van het spiritueel welbevinden en het vacuüm in het spiritueel welbevinden. Door goed te luisteren naar het verhaal van de cliënt, kan de SPV inschatten op welke positie van het spirituele continuüm de cliënt zich bevindt en vervolgens inschatten welke zorg de cliënt nodig heeft. De SPV kan daarbij gebruik maken van vragenlijst, zoals de JAREL-Schaal van Spiritueel Welbevinden (Verberk en De Kuiper, 2002).

Mevrouw A. is een 55-jarige schizofrene vrouw bij wie onlangs longkanker is geconstateerd. Volgens de artsen in het ziekenhuis zijn er zeer waarschijnlijk ook uitzaaiingen en is de prognose slecht. Mevrouw A. heeft 2 jaar geleden belijdenis afgelegd van haar geloof, bezoekt sinds enkele jaren trouw een protestantse gemeente in haar woonplaats. Tijdens de periode van ziekenhuisonderzoeken vond mevrouw A. veel troost in gebed en bijbellezen. Vertaald naar het continuüm van spiritueel welbevinden, bevond mevrouw A. zich op dat moment op het punt optimaal spiritueel welbevinden. Na het horen van de uitslagen van de ziekenhuisonderzoeken en de slechte prognose, is mevrouw erg somber en verdrietig. Ze zoekt troost in gebed en bijbellezen maar kampt met allerlei vragen omtrent de zingeving van het

leven, de betekenis van het lijden en het leven na de dood. Vertaald naar het continuüm van spiritueel welbevinden bevindt mevrouw A. zich op dit moment op het punt spirituele nood.

Diagnose

Nadat door de anamnese duidelijk is geworden op welke positie van het spiritueel continuüm de cliënt zich bevindt, kan de SPV samen met de cliënt de hulpvraag formuleren: de verpleegkundige diagnose wordt gesteld. De NANDA (in: Verberk en De Kuiper, 2002) heeft de volgende drie diagnoses geaccepteerd:

- spirituele nood (spiritual distress)
- dreigende spirituele nood (risk for spiritual distress)
- mogelijkheid tot verbetering geestelijk welbevinden (readiness for enhanced spiritual well-being)

De SPV die mevrouw A. ambulantly begeleidt, bespeurt tijdens de gesprekken de somberheid en het verdriet bij mevrouw A. Zij vraagt goed door en uiteindelijk vertelt mevrouw A. over de gedachten die momenteel in haar leven: gedachten over de zingeving van het leven, over de betekenis van het lijden en over het leven na de dood. Mevrouw A. vertelt zich te schamen voor deze gedachten: ze is immers christen en mag toch weten dat ze als kind van God veilig en geborgen is in Zijn hand? De SPV vraagt mevrouw A. of het voor haar bevrijdend is om te praten over haar existentiële levensvragen: helpt het haar, lucht het haar op, zou ze graag vaker hierover willen praten en zou ze daarbij ook haar eigen pastor willen spreken? De SPV gaat dus samen met mevrouw A. haar hulpvraag op dit terrein formuleren.

Interventies

Interventies op het terrein van spirituele zorg vinden volgens Neuman plaats op 3 niveaus van preventie (Verberk en De Kuiper, 2002):

1. Primaire preventie is nodig wanneer de cliënt zich in een situatie van spiritueel welzijn bevindt. Interventies op dit niveau zijn gericht op het bevorderen van welbevinden d.m.v. het versterken van de spirituele copingmechanismen en de spirituele educatie.
2. Secundaire preventie richt zich op het herstel van het spirituele welzijn. Zij omvat interventies als aanwezig zijn, luisteren, empathie, toewijding, gebed, het gebruik maken van religieuze literatuur, het assisteren bij religieuze activiteiten en het inschakelen van een pastor.
3. Tertiaire preventie richt zich op het herwinnen van stabiliteit. Hiervoor gelden dezelfde interventies als op het secundaire preventieniveau. Bij tertiaire preventie is men in de herstelfase gericht op het behouden van gezondheid.

Driebergen (in: Verberk en De Kuiper, 2002) heeft op basis van een door haar uitgevoerd onderzoek de interventie 'Aandacht voor zingeving en/of religie' beschreven. Onder deze interventie verstaat zij het volgende: 'aandacht hebben voor wat de cliënt belangrijk vindt op het gebied van zingeving en/of religie en afspraken maken over de gewenste ondersteuning hierin'. In de interventie heeft zij verpleegkundige activiteiten op het gebied van spirituele zorg beschreven. Deze activiteiten kunnen in het kader van de verschillende vormen van preventie toegepast worden (zie: Verberk en De Kuiper, 2002: 50 en 51).

Mevrouw A. beaamt het prettig te vinden als ze met haar eigen pastor over haar existentiële levensvragen mag praten. De SPV stelt hierop voor om de pastor te benaderen en een 1^o afspraak te maken. Toch wil mevrouw A. ook in de gesprekken die zij ambulantly met de SPV heeft, kunnen blijven praten over haar gedachten en gevoelens omtrent leven, lijden en dood. De SPV besluit dit toch een vast

terugkerend gespreksonderwerp te maken: deze gedachten en gevoelens bepalen grotendeels de wijze waarop mevrouw A. momenteel in het leven staat en verdienen daarom ook van de SPV aandacht. De SPV spreekt met mevrouw A. af dat zij geregeld, tenminste 1 keer per maand, telefonisch overleg heeft met de pastor om tot afstemming van de benadering te komen. Vertaald naar de theorie is hier sprake van tertiaire preventie: de SPV beoogt hiermee de stabiliteit te herwinnen, een belangrijk doel gezien de niet geringe kans op een psychotische decompensatie. Zij doet dit onder meer door te luisteren naar mevrouw A. vanuit een empathische houding en door het inschakelen van én regelmatig overleggen met de pastor.

Conclusie, aanbevelingen en samenvatting

Conclusie

Op basis van het onderzoek van Driebergen kan geconcludeerd worden dat de SPV op het gebied van spirituele zorg niet alleen een signalerende en verwijzende taak heeft ten behoeve van de geestelijk verzorger, maar ook een eigen professionele taak (Verberk en De Kuiper, 2002).

Een conclusie die door de schrijver van harte wordt onderschreven: de geloofs- of levensovertuiging bepaalt immers voor een belangrijk deel het wereldbeeld en het mensbeeld van de cliënt, evenals de wijze waarop de cliënt klachten en problemen ervaart en/of verklaart. Religie en spiritualiteit bepalen het kader (de context) waarin de cliënt allerlei zingevingvragen, zoals de vraag naar het waarom van het (psychisch) lijden, plaatst. In het werk van de SPV staat de wisselwerking tussen de cliënt en de omgeving voorop.

Daarbij hanteert de SPV een beïnvloedings- of veranderingsproces met de cliënt en/of diens omgeving, waarbij lichamelijke, psychische, sociale

en spirituele factoren in samenhang worden gehanteerd (NVSPV, 2002). Wil de SPV uitgaan van deze holistische visie, dan zal zij niet alleen tijdens de anamnese maar (juist) ook in het verdere proces van hulpverlening oog moeten hebben voor het belang dat de cliënt hecht aan de eigen (mogelijk aanwezige) geloofs- of levensovertuiging en samen met de cliënt vaststellen of en in welke mate de cliënt hierin ondersteuning door de SPV wenst.

Een SPV die geen oog heeft voor het belang van de (mogelijk aanwezige) geloofs- of levensovertuiging van de cliënt functioneert als een automonteur die graag een APK wil verrichten voor een klant maar daarbij weigert om naar de motor van de auto te kijken.

Religie en spiritualiteit is een vast, steeds terugkerend aandachtsgebied voor de SPV in haar begeleiding van de cliënt! Concreet betekent dit als eerste dat het thema 'spiritualiteit' een vast item hoort te zijn tijdens de intake: informeren of een cliënt een bepaalde geloofs- of levensovertuiging heeft én vervolgens ook informeren naar de betekenis die deze geloofs- of levensovertuiging voor de cliënt heeft. Als tijdens de intake duidelijkheid hierover is verkregen, behoort in het daaropvolgende beleid ook een vaste plek ingeruimd te worden voor het aandachtsgebied 'spiritualiteit'. Zoals ook aandachtsgebieden als dagbesteding, sociaal netwerk, lichamenlijk welzijn vaste onderwerpen van gesprek zijn, behoort ook spiritualiteit een vast onderwerp van gesprek te zijn. Dit betekent dus dat de SPV volgens de stappen van het verpleegkundige model van Betty Neuman het aandachtsgebied spiritualiteit integreert in haar handelen. Hierdoor neemt de SPV de cliënt serieus in de hulpvragen die kunnen leven op alle terreinen van het leven: eigenlijk is dan pas sprake van een holistische benadering!

Aanbevelingen

Voor het kunnen verwijzen van cliënten is het belangrijk dat de SPV voldoende kennis heeft van de sociale kaart. Waar bevinden zich de kerken, gemeenten, moskees, synagogen, enz.? Wie treedt als contactpersoon op namens deze levensbeschouwelijke organisaties? Ook moet de SPV kunnen inschatten in hoeverre er binnen deze kerken, gemeenten, moskees, synagogen, enz. mensen of teams aanwezig zijn die ook een stuk pastorale zorg kunnen bieden. In elk geval binnen steeds meer christelijke kerken en gemeenten fungeren zgn. pastorale teams: teams die bestaan uit niet-professionele mensen die soms al enige tijd voordat de cliënt op zoek is gegaan naar professionele hulp, pastorale ondersteuning hebben geboden. Deze pastorale teams bestaan dus uit niet-professionele werkers en zolang deze teams ook niet pretenderen deskundige hulp op professioneel niveau te kunnen bieden, kan de SPV dergelijke pastorale werkers inschakelen als (praktische) aanvulling op de door de SPV geboden hulp en hoeft de SPV hen niet bij uitstek te beschouwen als een hinderlijke sta-in-de-weg.

Daarnaast is het ook belangrijk is dat de SPV zich bewust is van de eigen attitude t.o.v. religie en spiritualiteit. Een SPV die echt niets heeft met religie of spiritualiteit (wat schijnt voor te komen), kan zich waarschijnlijk niet goed verplaatsen in de belevingswereld van de cliënt en zal aan de beleving van religie of spiritualiteit mogelijk minder of een andere waarde toekennen dan de cliënt. De schrijver van dit essay is van mening dat een cliënt voor wie religie een belangrijke bron van troost en steun is, het best begrepen en dus geholpen kan worden door een SPV die aan deze religie dezelfde waarde toekent. In dit opzicht kan zij het goed

begrijpen dat christelijke cliënten op zoek gaan naar hulpverlening met een evangelische of gereformeerde identiteit. Tegelijkertijd hangt de schrijver de mening aan dat een SPV een potentiële cliënt nooit mag afwijzen, alleen omwille van diens religie of spiritualiteit. Als de SPV ervaart dat de geloofs- of levensovertuiging van de cliënt absoluut haaks staat op de (eventueel aanwezige) eigen geloofs- of levensovertuiging, is het de taak van de SPV om de cliënt door te verwijzen naar een andere SPV met wie het hulpverleningscontact hopelijk beter zal verlopen.

Samenvatting

In de nog jonge geschiedenis van de psychiatrie is het begrip 'spiritualiteit' op uiteenlopende wijzen vorm en inhoud gegeven. Was er tijdens de decennia van verzuiling sprake van een (ogenschijnlijk) innige verbondenheid tussen hulpverlening en spiritualiteit, in de daaropvolgende decennia van ontzuiling leidde de verwijdering tussen hulpverlening en spiritualiteit uiteindelijk in de periode van de antipsychiatrie tot een lijnrecht tegenover elkaar staan van hulpverlening en spiritualiteit. De laatste decennia lijkt er een voorzichtige opening te komen voor spiritualiteit in de hulpverlening: ook binnen de reguliere hulpverlening zijn elementen te herkennen van een herleving van het spiritueel bewustzijn.

Los van alle maatschappelijke en politieke verwickelingen heeft de SPV evenwel een professionele taak in het begeleiden van de cliënt, ook m.b.t. diens geloofs- of levensovertuiging. Het verpleegkundige model van Betty Neuman biedt de SPV duidelijke handvatten voor de integratie van het thema 'spiritualiteit' in haar hulpverlening.

Literatuurlijst

Berger, W.J. e.a. (?), *Wat doen we met ons geloof?* Bilthoven: Ambo.

Berger, W.J. e.a. (1993), *Zelfbeeld en godsbeeld. Opstellen over psychotherapie en godsdienstpsychologie*. Baarn: Ambo.

De Boer, W.Th. e.a. (1996), *Wolters' Ster Woordenboek Nederlands*. Utrecht: Van Dale Lexicografie.

Dijk, W. (red.) (1999), *Moeder Veldwijk. Een liber amicorum*. Nijkerk: Callenbach.

NVSPV (2002), *Profiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige*. Eindhoven: NVSPV.

Van der Padt, I. (1999), *Hoopvol bezorgd. Sociaal psychiatrische verpleegkunde van de 20^e naar de 21^e eeuw*. Eindhoven: NVSPV.

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

Verberk, F. en M. de Kuiper (2002), *Verpleegkunde volgens het Neuman Systems Model. Vertaling en bewerking voor de Nederlandse praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.