

Positiebepaling over religie en spiritualiteit in de psychiatrie

P.J. VERHAGEN

ACHTERGROND In december 2015 aanvaardde het Executive Committee van de World Psychiatric Association een Position Statement over religie en spiritualiteit in de psychiatrie. Deze opmerkelijke gebeurtenis is in Nederland onopgemerkt gebleven.

DOEL Het onder de aandacht brengen van deze verklaring in de Nederlandse psychiatrie.

METHODE Uitleg over de criteria waar de verklaring op gebaseerd is.

RESULTATEN Religie en spiritualiteit horen thuis in de dagelijkse psychiatrische praktijk, in het wetenschappelijk onderzoek, in opleiding en bij- en nascholing.

CONCLUSIE Het Executive Committee van de World Psychiatric Association heeft een belangwekkende stap gezet voor de psychiatrische praktijk wereldwijd.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)4, 263-267

TREFWOORDEN dialoog Position Statement, religie, spiritualiteit



In december 2015 aanvaardde het Executive Committee van de World Psychiatric Association (WPA) een zogeheten **Position Statement** over religie en spiritualiteit in de psychiatrie (Moreira-Almeida e.a. 2016; een Nederlandse vertaling is in voorbereiding). In de Nederlandse psychiatrie en in dit tijdschrift is nog geen aandacht besteed aan dit opmerkelijke feit.

Het initiatief om tot een verklaring te komen werd door mij als secretaris van de Section on Religion, Spirituality and Psychiatry van de WPA genomen nadat deze sectie in 2003 onder voorzitterschap van Herman M. van Praag was opgericht. Vanaf 2006 heeft de sectie in dezen samenwerking gezocht met de Special Interest Group Spirituality and Psychiatry van het Royal College of Psychiatrists in Londen. Die samenwerking leidde tot de publicatie van een eerste concept (Verhagen & Cook 2010), dat echter in 2008 door het toenmalige uitvoerend comité niet werd geagendeerd voor de vergadering van de General Assembly tijdens het WPA-wereldcongres in Praag (20-25 september) omdat men een negatieve uitkomst verwachtte.

In 2015 werd na het nodige voorbereidende werk een vernieuwde versie van het eerdere document ingediend met

het genoemde resultaat, waarop het document in het februari-nummer 2016 van *World Psychiatry* werd gepubliceerd. In 2017 wijdde het tijdschrift *Mental Health, Religion & Culture* een themanummer aan de publicatie van het Position Statement (Verhagen 2017b).

In deze korte bijdrage leg ik de achtergrond van het Position Statement uit, en ga ik in op de redenering en argumenten die ten grondslag liggen aan het streven om te komen tot een dergelijke verklaring over religie en spiritualiteit in de psychiatrie.

Het idee van een Position Statement

In de Nederlandse psychiatrie zijn we niet erg vertrouwd met het pomen van standpunten over urgente of omstreden thema's in officiële documenten, zoals wat in de internationale literatuur een 'position' of een 'consensus statement' wordt genoemd.

Binnen de WPA geldt dat het aandacht vragen voor en voorstellen van beide typen documenten het werk van de wetenschappelijk secties is: daar zitten de mensen met kennis en ervaring. Vanzelfsprekend kunnen secties daarin ook samenwerken. Het doel van een dergelijk

document is om tot uitdrukking te brengen dat een bepaald thema binnen de psychiatrie, niet alleen in de praktijk van het dagelijks werk, maar ook in onderzoek en opleiding, meer dan gewone aandacht verdient. Voor een overkoepelende organisatie zoals de WPA geldt dat het om een wereldwijd belang moet gaan. Het gaat om urgente, al dan niet zorgwekkende thema's.

Er is overigens een verschil tussen een Position Statement en een Consensus Statement. Bij een Position Statement neemt het Executive Committee een positie in. In geval van een Consensus Statement gaat het om een door alle leden (nationale organisaties voor psychiatrie) geaccordeerde verklaring.

Om een Position Statement (of een Consensus Statement) aan de orde te kunnen stellen moet de betreffende thematiek voldoen aan vijf criteria:

1. Het thema moet relevant zijn voor de verdere ontwikkeling en beoefening van de psychiatrische praktijk wereldwijd.
2. Er moet voldoende wetenschappelijk onderzoek beschikbaar zijn om het belang van het thema te onderbouwen.
3. Er moet bij professionele organisaties behoefte zijn aan een consensus.
4. Er moet een relevant belang zijn in het publieke domein.
5. Het ontbreken van een verklaring moet mogelijk schadelijk zijn voor de psychiatrie en de patiënten.

Naar het oordeel van de Section on Religion, Spirituality and Psychiatry voldoet het thema 'psychiatrie en religie' aan deze criteria. Het streven was dan ook om tot een Consensus Statement te komen. Toen dat in 2008 en daarna om tal van redenen (die ik hier niet verder kan uitwerken) niet haalbaar bleek, is het accent verlegd naar een Position Statement. We zullen de genoemde criteria nagaan om daarmee de positie ten aanzien van religie en spiritualiteit in de psychiatrie en het belang daarvan te onderbouwen.

1. De relevantie van het thema

Is het thema psychiatrie en religie werkelijk van zodanig belang dat een positiebepaling door en voor psychiaters nuttig en nodig is? In het verleden is nogal eens geschreven over de verloren 'dimensie', waarmee bedoeld werd op religie, spiritualiteit en zingeving. Tegenwoordig lijkt er sprake van een groeiend besef dat spirituele ervaringen en religieuze praktijken belangrijk kunnen zijn voor patiënten, al blijft de kwestie omstreden en is de houding van psychiaters nog altijd ambigu.

Een aanhoudend bezwaar is het risico voor grensoverschrijding door psychiaters. Het risico zou zijn dat psychiaters met hun eigen opvattingen de patiënt belasten of zodanige druk op patiënten leggen om hun eigen religieuze opvattingen (ongewild) bloot te geven. Elk ethisch docu-

AUTEUR

PIET VERHAGEN, psychiater en groepspsychotherapeut, GGZ Centraal, Harderwijk

CORRESPONDENTIEADRES

P.J. Verhagen, GGZ Centraal, Westeinde 27, 3844 Harderwijk
E-mail: pverhagen@ggzcentraal.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-11-2017.

ment stelt dat artsen/psychiaters nimmer hun eigen overtuigingen mogen opleggen aan patiënten, en die overtuigingen slechts dan ter sprake mogen brengen indien dat op enigerlei wijze relevant zou zijn voor de behandeling en zorg voor de patiënt. Daarover bestaat met andere woorden geen enkel misverstand (Cook e.a. 2011). Ten minste twee ontwikkelingen hebben de houding van de psychiater in gunstige zin kunnen beïnvloeden. De transculturele psychiatrie heeft natuurlijk heel veel waardevol werk verzet als het gaat om rekening te houden met religie en spiritualiteit. Globalisering en de multiculturele samenleving hebben gemaakt dat religie zich al lang niet meer presenteert in één van de min of meer traditionele vaderlandse gestalten. De uitwerking van dit gegeven laat zich heel goed zien in het zogenaamde transculturele interview volgens DSM-5. Religie en spiritualiteit hebben een duidelijke plek in het onderzoek van de patiënt (APA 2013).

Dat sluit aan bij een tweede, tamelijk ingrijpende verandering, namelijk de wijzigingen zoals die doorgevoerd werden in de DSM-IV. Met DSM-IV werd de transculturele formulering ingevoerd, die, zoals aangegeven, in DSM-5 verder werd ontwikkeld. Maar dat was niet het enige. Ten opzichte van DSM-III werd de verklarende woordenlijst herzien. Uit onderzoek was namelijk gebleken dat religie opvallend vaak gebruikt werd in de omschrijving van psychopathologische termen. Dat wierp volgens de onderzoekers al te suggestief een verkeerd licht op religie. Men heeft dat in DSM-IV herzien. En men voerde in DSM-IV een v-code 'religieus of spiritueel probleem' in, die in DSM-5 gehandhaafd werd (V62.89; APA 1994; Turner e.a. 1995). Met deze wijzigingen werd, zonder het groter te willen maken dan het is, ruimte voor een andere, professionelere houding mogelijk gemaakt.

2. Wetenschappelijk evidentie

Is er voldoende wetenschappelijk evidentie om het belang van religie en spiritualiteit in de psychiatrie te onderstre-

pen? Daarover bestaat tegenwoordig weinig twijfel meer. Er is meer dan voldoende en uitvoerig onderzoek gedaan, en dat onderzoek houdt ook niet op. In het *Handboek religie, spiritualiteit en psychiatrie* (Verhagen & Van Megen 2012) is (verwijzing naar) meer dan voldoende materiaal te vinden. Om een voorbeeld te geven: het onderzoek naar religieuze coping is een belangrijk onderwerp. Is religie/spiritualiteit een bron van steun in het omgaan met een psychiatrische ziekte of een hindernis? Daar is heel veel over bekend (van Uden e.a. 2014). Niet onbelangrijk is in dit verband dat ZonMw in een zogenaamd signalement geattendeerd heeft op het belang van onderzoek naar zin (inclusief religie en spiritualiteit; ZonMw 2016).

Belangrijker wellicht nog is het om te attenderen op de enorme verbetering van de kwaliteit van het onderzoek. Er is een wereld van verschil tussen één van de eerste reviews uit het pre-evidence-based tijdperk (Sanua 1969) en één van de meer recente (Bonelli & Koenig 2013). Nu geldt dat natuurlijk voor vele onderwerpen, maar het onderzoek naar religie en spiritualiteit in de psychiatrie is daar zeker niet bij achtergebleven. (Verhagen 2017)

3. Behoefte aan consensus

Er zijn meerdere nationale organisaties zijn die zich sterk maken voor de thematiek van religie en spiritualiteit in de psychiatrie. Niet alleen de American Psychiatric Association en het Royal College of Psychiatrists (VK) hebben verklaringen opgesteld, ook in Brazilië, Zuid-Afrika en India zijn er aan de nationale organisaties gelieerde werkgroepen. De Zuid-Afrikaanse vereniging voor psychiaters publiceerde in 2014 een vrij uitvoerige verklaring om spiritualiteit te integreren in de psychiatrische praktijk (Janse van Rensburg 2014). Recent verschenen er aanbevelingen van het Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Utsch e.a. 2016). In Nederland kennen we de Stichting Psychiatrie en Religie, en de Federatie Zingeving en Geestelijke Gezondheid (www.fzgg.nl); beide staan overigens los van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).

4. Het publieke domein

Het lijkt geen twijfel dat (psychische) gezondheid een publiek en politiek thema is. In de oude (1948) definitie van gezondheid van de World Health Organisation (WHO) kwam religieus of spiritueel welbevinden niet voor. In discussies daarover speelde onder andere dat, voor zover de WHO-definitie leidend is voor overheidsbeleid, in landen waar één (staats)religie leidend is, overeenstemming over het toelaten van diversiteit in religieus en spiritueel welbevinden niet haalbaar is. Dat was ook één van de redenen waarom het binnen de WPA niet tot een Consensus Statement is gekomen. Afgezien van de definitie ontwikkelde

de WHO meetinstrumenten voor kwaliteit van leven waarin het religieuze domein wel degelijk is opgenomen (WHOQOL SRPB Group 2006).

De voorgestelde nieuwe definitie van gezondheid, die inmiddels ook door de NVvP is omarmd en door ZonMw in genoemd signalement als uitgangspunt wordt genomen, is wat dat aangaat een belangrijke stap voorwaarts. Immers, spirituele en existentiële thema's zijn daarin opgenomen als dimensie van gezondheid (Huber e.a. 2011). Dat is belangrijk. Religie, spiritualiteit en bestaansoriëntatie zijn bronnen van steun en coping in omstandigheden die moeilijk te dragen en te verwerken zijn. Gezondheid is geen doel, maar middel tot '*het hebben van betekenisvolle doelen en het ervaren van een zinvol bestaan*' (Delespaul e.a. 2016 p. 22).

5. Mogelijke schade

Op basis van wat hiervoor de revue is gepasseerd, kan men stellen dat een positiebepaling bedoeld is om het bewustzijn van het belang van religie en spiritualiteit in de psychiatrie te verhogen. Om een platitude te herhalen: psychiatrie is meer dan een DSM- of ICD-classificatie maken.

Men kan als psychiater of ggz-professional excelleren door de patiënt als persoon in diens uniciteit te begrijpen, met die unieke persoon in het centrum van de aandacht. Daarbij getuigt hyponarrativiteit (waarbij het verhaal van de patiënt er niet meer toe doet) in het algemeen van een praktijk die tekortschiet. Religie en spiritualiteit hebben hun plaats in dat verhaal, net zo goed als dat de eigen religiositeit, spiritualiteit of bestaansoriëntatie factoren zijn die van invloed zijn op de beroepsuitoefening door de professional. Daarom draagt een positiebepaling in dezen bij als tegenwicht tegen eenzijdigheden zoals deze hyponarrativiteit, maar ook tegen empirisme en traditionalisme, waarden die Sadler kenmerkend acht voor de DSM-traditie (Sadler 2004).

Desideratum en conclusie

De goedkeuring en publicatie van het Position Statement over religie en spiritualiteit in de psychiatrie vormen een belangrijke stap. Nog niet zo heel lang geleden was de relatie psychiatrie en religie er een van verbitterd conflict. Een dualistische positie, met waterdichte schotten tussen psychiatrie en religie, is al even storend (ik baseer mij op de typologie van Barbour (2000)).

De uitdaging die met het Position Statement beoogd wordt, is die van de dialoog over vooronderstellingen, aannames, mensvisie en waarden in relatie tot de interpretatie en toepassing van empirisch gevonden data. De voornaamste dialoog is die tussen patiënt en psychiater (en andere ggz-professionals) en alle andere belanghebbende partijen. Het document legt daar duidelijk de nadruk op.

Ik hoop de lezer voldoende argumenten aangereikt te hebben voor het belang van dit Position Statement. Dat alles laat onverlet dat er nog steeds een heleboel te doen

valt aan onderzoek, maar ook aan onderwijs in de opleiding tot psychiater en aan voortgezette bij- en nascholing.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. Washington: APA; 1994.
- American Psychiatric Association. DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Barbour IG. When science meets religion. Enemies, strangers, or partners? New York: HarperSanFrancisco; 2000.
- Bonelli RM, Koenig HG. Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. *J Relig Health* 2013; 52: 657-73.
- Cook ChCH, Powel A, Sims A, Egger S. Spirituality and secularity: professional boundaries in psychiatry. *Ment Health Relig Cult* 2011; 14: 35-42
- Delespaul Ph, Milo M, Schalken F, Boevink W, Os J van. Goede GGZ! Nieuwe concepten aangepaste taal en betere organisatie. Leusden: Diagnosis Uitgevers; 2016.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Lorig K, e.a. How should we define health? *BMJ* 2011; 343: d4163.
- Janse van Rensburg ABR. South African Society of Psychiatrists guidelines for the integration of spirituality in the approach to psychiatry practice. *S Afr J Psychiatr* 2014; 20: 133-9.
- Moreira-Almeida A, Sharma A, Janse van Rensburg B, Verhagen PJ, Cook ChCH. WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry. *World Psychiatry* 2016; 15: 87-8. http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/English/World_Psychiatry_February-2016.pdf.
- Sadler JZ. Values and psychiatric diagnosis. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- Sanua VD. Religion, mental health, and personality: A review of empirical studies. *Am J Psychiatry* 1969; 125: 1203-13.
- Turner RP, Lukoff D, Barnhouse RT, Lu FG. Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 435-44.
- Uden M van, Pieper J, Zondag H. Knockin' on heaven's door. Religious and receptive coping in mental health. Aken: Shaker Verlag; 2014.
- Utsch M, Anderssen-Reuster U, Eckhard F, Gross W, Murken S, Schouler-Ocak M, e.a. Empfehlungen zum Umgang mit Religiosität und Spiritualität in Psychiatrie und Psychotherapie. *Spiritual Care* 2017; 6: 141-6.
- Verhagen PJ. Religion and mental health: a critical reflection in consequence of four reviews (1969-2013). *International Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2017a; 1(2): 11-23. <https://openaccesspub.org/ijpr/article/600>.
- Verhagen PJ. Psychiatry and religion: consensus reached! *Ment Health Relig Cult* 2017b; 20: 516-27.
- Verhagen PJ, Cook ChCH. Epilogue: Proposal for a World Psychiatric Association Consensus or Position Statement in Spirituality and Religion in psychiatry. In: Verhagen PJ, van Praag HM, López-Ibor JJ Jr, Cox JL, Moussaoui D, red. Religion and psychiatry. Beyond boundaries. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010. p. 615-31.
- Verhagen PJ, Van Megen HGJM, red. Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med* 2006; 62: 1486-97.
- ZonMw. ZonMw-signalement 'Zingeving in zorg: De mens centraal'. Den Haag: ZonMw; 2016. <https://www.zonmw.nl/actueel/nieuws/detail/item/zonmw-signalement-zingeving-in-zorg-de-mens-centraal/>.

SUMMARY

Position Statement on religion and spirituality in psychiatry

P.J. VERHAGEN

BACKGROUND In December 2015 the Executive Committee of the World Psychiatric Association approved a Position Statement on religion and spirituality in psychiatry. This remarkable event remained unnoticed in the Netherlands.

AIM To bring this statement to the attention of the Dutch psychiatry.

METHOD An explanation of the criteria on which the statement is based.

RESULTS Religion and spirituality are a part of daily psychiatric practice, scientific research, residency training and continuous medical education.

CONCLUSION The Executive Committee of the World Psychiatric Association has made a major accomplishment in favour of psychiatric practice around the world.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)4, 263-267

KEY WORDS dialogue, Position Statement, religion, spirituality