

Psychiater en religie: agnost of ietsist?

A. W. BRAAM

Zoals staat en kerk gescheiden zijn, zo horen ook psychiatrie en religie niet bij elkaar. Dat deze ferme stelling onvoldoende hout snijdt, tonen Fissler e.a. (2006) met een verkennend onderzoek van bescheiden opzet al helder aan. De auteurs beschrijven hoe ongeveer de helft van de psychiaters van hun steekproef een religieuze basis vermoedt voor de eigen therapeutische grondhouding. Vijf van de dertien psychiaters wordt daarbij als 'atheïst' aangeduid en slechts twee als 'religieus'. Verder zijn er twee 'agnost' (iemand die 'weet dat hij niet kan weten'), drie 'ietsist' (een transcendent besef, maar niet gespecificeerd) en één 'twijfelaar'. Men behoeft dus niet strikt religieus te zijn om toch de eigen grondhouding te herleiden tot een religieuze oorsprong. Terwijl in de therapeutische relatie persoonlijke waarden de eigen grondhouding zullen bepalen, wortelen die waarden voor velen in een opvoedingsmilieu met op zijn minst enkele religieuze accenten. Sterker nog: onze samenleving is gebouwd op die religieuze waarden. Niettemin bekruipt mij hier het gevoel dat we met deze denktrend te vrijblijvend redeneren.

In de eerste plaats kennen de grondwaarden voor een therapeutische grondhouding – voorbeelden die worden vermeld zijn: 'hoop overdragen', 'barmhartigheid' en 'verbondenheid' – hun oorsprong in waarden die inmiddels tevens ruim worden onderschreven als humanistisch. In de moderne samenleving is het oorspronkelijk religieuze aandeel in deze waarden niet meer vanzelfsprekend. Waarden kunnen religieus geïnspireerd zijn, maar wat vinden we er dan specifiek religieus aan? Er is derhalve behoefte aan enige begripsverheldering.

Op het gebied van definities van religie be-

staat ruime keuze. De auteurs kiezen voor de definitie van Pargament (1997): *a search for significance in ways related to the sacred*. Pargaments definitie behelst religie enerzijds als een substantieel gegeven waarin het draait om geloof in een transcendente werkelijkheid, aangeduid als bijvoorbeeld God, het hogere, het numineuze, of het heilige. Anderzijds komt ook de functie van religie naar voren, namelijk religie als middel om bestaansvragen te hanteren. De term 'religious coping' past in deze traditie. Hoe kunnen we aan de gekozen religie-definitie grondwaarden koppelen? Wortelen grondwaarden in iemands religie? Of is religie een manier om grondwaarden op het spoor te komen? Hier mist in het artikel nadere theoretisering.

Los van deze definitietradities dook er recent in de Amerikaanse samenleving een herdefiniëring op: religie wordt daarin strikt verbonden met kerkelijke instituties, en niet noodzakelijkerwijs met het wezen van de zaak, inmiddels aangeduid als 'spirituality'. Die spiritualiteit wordt daarbij veel positiever gelabeld dan de religiositeit. Deze publieke herdefiniëring vindt ook plaats in het geseculariseerde Nederland. Begripsverheldering in de psychiatrische en de psychotherapeutische referentiekaders wordt er daarmee niet eenvoudiger op. Overigens schenkt de literatuur ons wel inzichten vanuit vele invalshoeken, zoals de epidemiologie (religie als risicofactor, of als copingbron), godsdienstsociologie (suïcideonderzoeken, onderzoek naar secularisatie) en de godsdienstpsychologie (religie als 'locus of control', god als objectrelatie, ontwikkelingsstadia van religiositeit). Een steeds terugkerend gegeven in de literatuur is dat religiositeit multidimensioneel is: met een sociaal aspect, een innerlijk aspect, met maladaptieve en

met adaptieve kanten. Fiselier e.a. beklemtonen slechts twee aspecten: de mate van een geloof in een transcendente werkelijkheid, en de mate waarin men gelovig is opgevoed. In de bevindingen zou meer profiel ontstaan als ook bekend was hoe belangrijk de levensovertuiging voor de betrokken psychiaters was, en of spiritualiteit of andere bronnen van zingeving een rol van betekenis speelden.

De auteurs rangschikken de 'noties' – thema's die de psychiater hanteert in de therapeutische relatie, zoals 'hoop' of 'bevestigen' – onder de non-specifieke werkzame factoren in de therapeutische relatie. Dit is een originele stelling, die aanmoedigt tot zelfreflectie. Overigens lift tegenoverdracht in engere zin, dus onbewust, allicht op deze grondwaarden mee. Te denken valt aan reddersfantasieën of messiasgevoelens (vanouds de dokter niet vreemd), of het zichzelf wegcijferen. Er zij evenwel op gewezen dat de opzet van het onderzoek van de auteurs onvoldoende specifiek is om hun stelling empirisch te onderbouwen. Een grootschaliger opzet zou bijvoorbeeld als vertrekpunten Rogers' hoofdkenmerken kunnen meenemen: empathie, echtheid en een positieve grondhouding (Rogers 1957).

Een ander onderdeel van de religieuze grondhouding speelt op het gebied van diagnostiek. Zo leveren de auteurs twee guitige voorbeelden over diagnostische vooroordelen op het gebied van persoonlijkheid en intelligentie. In de literatuur is er momenteel weer aandacht voor de rol van cultuur en religie bij de herkenning van psychose. In hoeverre moet men spirituele ervaring opvatten als psychopathologie? Dit is een fenomenologisch onderwerp van studie van de Britten Jackson & Fulford, dat in 2005 in een themanummer van het tijdschrift *Psyche & Geloof* door Nederlandse wetenschappers is becommentarieerd. De DSM-IV verschaft daarbij overigens de mogelijkheid om rotsvaste religieuze overtuigingen in een gedeelde culturele context als niet-pathologisch aan te merken. O'Connor & Vandenberg (2005) stelden echter met behulp van een vignettenonderzoek vast dat hoe onbekender men is met culturele of subcultu-

rele elementen, des te lastiger het wordt deze DSM-IV-aanwijzing op te volgen.

De eigen plaatsbepaling te kennen op het gebied van geloof, zingeving en religie behoort denk ik tot de professionaliteit van elke hulpverlener in de ggz, ook voor de agnost of 'ietsist'. Daarnaast zou het spijtig zijn als de belangstelling zou verdwijnen voor de aard en herkomst van de non-specifiek werkzame factoren in therapeutische contacten. Hoe de eigen grondwaarden in dit kader worden onderkend hangt ook af van de maatschappelijke context en tijdgeest. Het is een verdienste van de auteurs de explicitering van deze waarden weer op de agenda te zetten. Om de eigen religieuze plaatsbepaling aan de non-specifieke therapeutische factoren te koppelen blijft echter naar mijn vermoeden geen zeldzame, maar wel een heel persoonlijke keuze.

LITERATUUR

- Fiselier, J.A., van der Waal, A.E., & Spijker, J. (2006). Psychiater, patiënt en religie: meer dan coping alleen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 383-386.
- O'Connor S., & Vandenberg B. (2005). Psychosis or Faith? Clinicians' assessment of religious beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychopathology*, 73, 610-616.
- Pargament, K.I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping, theory, research, practice*. New York, Guilford Press.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

A. W. BRAAM is psychiater bij Altrecht, crisisdienst Utrecht en onderzoeker bij het EMGO-instituut van het VU Medisch Centrum te Amsterdam.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-3-2006.