

Psychiater, patiënt en religie: meer dan coping alleen

J.A. FISELIER¹, A.E. VAN DER WAAL¹, J. SPIJKER

SAMENVATTING In een kwalitatief onderzoek onder psychiaters die werkzaam zijn bij een Nederlandse ggz-instelling blijkt religie een rol te spelen in de relatie tussen psychiater en patiënt; niet alleen als coping-instrument, maar vooral als fundering van de houding van de psychiater. Meer dan driekwart van de geïnterviewde psychiaters zegt religieus gefundeerde noties toe te passen in de therapeutische relatie, terwijl minder dan een vijfde aangeeft gelovig te zijn.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)5, 383-386]

TREFWOORDEN coping, non-specifiek, religie, therapie

Er zijn de laatste jaren diverse onderzoeken verricht naar het mogelijke positieve effect van religie bij psychiatrische ziekten. Een van de belangrijke bevindingen is dat religie als coping-mechanisme aan het welzijn van de patiënt kan bijdragen als beschermende factor of als potentieel voor hoop (Braam e.a. 2001). Religieuze overtuigingen blijken destructief en misleidend te kunnen zijn en schuld, angst en depressie te kunnen induceren, maar evenzeer ondersteunend en psychologisch adaptief te kunnen zijn (Meissner 1991).

Veel psychiaters koppelen religieuze overtuigingen aan pathologie, omdat zij religie associëren met negatief geconnoteerde begrippen als 'schuld' en 'afhankelijkheid'. Daarnaast maakt toenemend inzicht in biologische en psychologische mechanismen voor sommige religieuze verklaringen overbodig. Ten slotte zijn psychiaters over het algemeen minder religieus georiënteerd dan hun patiënten (Galanter e.a. 1991; Neeleman & Persaud 1995). Onze ervaring is dat religie in de dagelijkse praktijk van de psychiatrie alleen aan de orde komt als coping-instrument van de patiënt. Deze instrumentele opvatting van religie is gevoed door Freud, die religie onder meer zag als een oplossing

voor de machteloosheid van mensen ten aanzien van alle gevaren die hen bedreigen (Freud 1912-1913/1984; 1927/1987; 1930/1984). Rümke nam met zijn boek *Karakter en aanleg in verband met het ongelooft* (1939) een andere positie in. Zijn uitgangspunt was dat juist ongelooft een ontwikkelingsstoornis is. Hij merkte op dat Freud niet heeft aangetoond dat gelooft een neurose is, maar dat een bepaalde vorm van geloven neurotisch is.

Voor dit artikel definiëren wij religie zoals Pargament (1997): religie is een zoektocht naar betekenisverlening in relatie tot het heilige.

Religie heeft onmiskenbaar een interactieel karakter en heeft daarmee een plaats in de therapeutische relatie (Koenig 1998) die een groot deel van de werkzaamheid van de zogenaamde non-specifieke therapeutische factoren bepaalt (Lambert e.a. 1986). De therapeutische relatie wordt voor een groot deel bepaald door de psychiater, wiens identiteit daarin een belangrijke rol speelt: hij heeft immers zichzelf als instrument. Het gaat dan niet alleen over zijn eigen opvattingen over religie. De basale overtuigingen van de psychiater spelen een rol, en die kunnen los staan van religie, maar ook hun oorsprong en betekenis

aan religie ontleen. Wij introduceren hiervoor de term 'noties'. We bedoelen daarmee thema's die de psychiater gebruikt in de therapeutische relatie, zoals 'vertrouwen', 'hoop', 'verbondenheid', 'bevestigen' en 'verantwoordelijkheid'. Deze thema's of noties zijn niet alleen instrumenteel, maar maken deel uit van de zelfopvatting van psychiaters.

Vanuit het vermoeden dat religie, als fundering van de houding van de psychiater, een rol kan spelen in de wijze waarop patiënten beoordeeld en behandeld worden, onderzochten wij welke visie psychiaters op religie hebben en hoe bepalend deze visie is voor de therapeutische relatie.

ONDERZOEK

Respondenten

In het najaar van 2003 werden 13 psychiaters (9 mannen, 4 vrouwen; 38-57 jaar) geïnterviewd. Allen waren werkzaam bij de Gelderse Roos, een ggz-instelling in zuidwest Gelderland. Bijna alle psychiaters groeiden op in een gezin waarin religie een rol speelde (8 katholiek, 4 protestant, 1 zonder godsdienst opgevoed). Het interview bestond uit 30 semi-gestructureerde vragen en werd afgenomen door 2 van de auteurs (JAF en AEVDW). Op basis van geloofsovertuiging werden 5 groepen vastgesteld: de atheïst (5 psychiaters), de agnost (weet dat hij niet kan weten; 2 psychiaters), de iet-sist (denkt dat er mogelijk een hogere macht, 'iets' is; 3 psychiaters), de twijfelaar (denkt dat er geen hogere macht is, maar twijfelt; 1 psychiater) en de gelovige (2 psychiaters). Deze verdeling in 5 types stemt overeen met die van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) wat betreft levensbeschouwelijke standpunten in de samenleving in de jaren negentig (Sociaal en Cultureel Planbureau 2000). In onze kleine steekproef werden meer atheïsten gevonden dan door het SCP (39% versus 17%). Dit past bij de bevinding dat psychiaters minder religieus zijn dan de algemene populatie (Galanter e. a. 1991; Neeleman & Persaud 1995).

Resultaten

Tegenoverdracht Religieus zijn als een gezonde menselijke ontwikkeling, zoals Rümke beschreef, wordt door 11 van de 13 geïnterviewde psychiaters verworpen. In eerste instantie geven ze aan religie te zien als een neutraal gegeven. Bij doorvragen blijkt echter ongeveer de helft van de ondervraagden negatieve eigenschappen toe te schrijven aan de religieuze patiënt, wat zichtbaar wordt in verschillende opmerkingen: 'Er zit een oordeel in wat ik ervan vind: het is voor mij passend bij andere dingen van een ontwijkende persoonlijkheid.' En: 'Als je hoort dat iemand gelovig is, dan schat je hem toch zo'n 20 IQ-punten lager in.' Wel menen ze op hun hoede te zijn hun negatieve tegenoverdracht niet te zwaar te laten wegen in de behandeling.

Noties Tegelijk gebruiken eveneens 11 van de 13 psychiaters de noties en benoemen deze als belangrijke beweegredenen voor de keuze van hun vak. Het gaat daarbij om noties zoals 'hoop overdragen', 'barmhartigheid', en 'verbondenheid'. Deze termen refereren aan levensbeschouwelijke tradities en voor meer dan de helft van de geïnterviewden hebben deze noties nog steeds een religieuze basis. Anderen passen de noties ook wel toe, maar zonder ze religieus te funderen. Als voorbeeld een citaat: 'Wat wel een rol zou kunnen spelen, ook al geloof je niet, is dat je een aantal normen en waarden meeneemt van het geloof; normen en waarden die het christendom verkondigt en die invloed hebben op de wijze waarop je tegen mensen aankijkt: vergevingsgezind, niet te snel oordelen, meer het compromis dan het harde conflict.'

De geïnterviewde psychiaters omschrijven het gebruik van de noties als 'iets willen uitstralen en overdragen in het contact', wat meer omvat dan alleen het onderzoeken van coping. De noties zitten in de zelfopvatting van de psychiaters en komen naar voren in de therapeutische relatie. Dit is een aanwijzing voor ons vermoeden dat religie, zij het indirect, als fundament van de houding van de

psychiater een belangrijk element kan vormen van de therapeutische relatie en daarmee van het therapeutische effect.

Beperkingen

Dit onderzoek kent de nodige beperkingen. Zo betreft het een kleine groep psychiaters, werkzaam bij een instelling met een protestantse oorsprong. Ook kenden de interviewers de ondervraagde psychiaters, wat de antwoorden beïnvloed kan hebben. Kwalitatief onderzoek is anderzijds bij uitstek geschikt om de beleving van mensen te onderzoeken. Het kan een methode zijn om informatie te vergaren over de beleving van de dagelijkse praktijk, niet om de werkelijkheid te abstraheren.

De noties werden niet scherp gedefinieerd. Desondanks begrepen alle geïnterviewde psychiaters direct wat bedoeld werd: de *face validity* van het begrip 'noties' bleek hoog.

BESCHOUWING EN CONCLUSIE

Behalve als coping-mechanisme van de patiënt speelt religie mogelijk een rol in het therapeutisch contact door noties die de psychiater gebruikt. Het overbrengen daarvan vindt plaats in de relatie, door de houding van de psychiater en in feite door de identiteit van de psychiater, die hij meeneemt in het contact. Dit sluit aan bij de beschrijving vanuit de theologie en filosofie over dergelijke noties, bijvoorbeeld in de geschriften van Buber (1943/1978). Buber beschrijft dat het wezenlijke van een werkelijk gesprek zich niet in de ene en de andere deelnemer, noch in een neutrale wereld voltrekt, maar tussen hen beiden, in een dimensie die slechts voor hen beiden toegankelijk is.

De noties kunnen een oorsprong hebben in religieuze overtuigingen. Voor de meerderheid van de psychiaters bleek dit het geval. Dat sommige psychiaters in hun actuele levensovertuiging die noties niet meer expliciet religieus funderen, doet daar niets aan af, maar voegt er juist iets aan

toe. Het geeft eens te meer aan dat de identiteit van de psychiater is gevormd maar kan veranderen, parallel aan de huidige tijdgeest.

Voor de patiënt geldt dat religie als coping-stijl belangrijk kan zijn. Voor een psychiater is het onmisbaar zijn religieuze of existentiële geschiedenis te verkennen, om tegenoverdracht professioneel te leren hanteren. Religie speelt behalve bij patiënt en psychiater waarschijnlijk ook een rol in de therapeutische relatie. Dit pleit ervoor aandacht te hebben voor deze therapeutische relatie waarin die noties, religieus of niet, spelen. Het therapeutische effect van de noties is mogelijk een onderdeel van de non-specifieke werkzame factoren.

Waarom blijven deze thema's in de huidige psychiatrie onderbelicht? Mogelijk is het moeilijk religie anders dan als coping-mechanisme te bespreken binnen een ogenschijnlijk gesecculariseerde psychiatrie. Vrijwel alle geïnterviewden merkten op dat ze tijdens het interview meer zicht kregen op hun eigen houding ten aanzien van religie en de rol van hun ideeën in het patiëntencontact. Religie in de psychiatrie blijft daarmee een relevant thema, omdat de eigen religieuze overtuiging haar weerslag heeft op de therapeutische relatie. Dit onderzoek moedigt aan alert te zijn op een negatieve tegenoverdracht naar religieuze patiënten. Door deze negatieve tegenoverdracht kan de therapeutische relatie juist worden ondermijnd en zo is het een tegenhanger van de eerder genoemde positieve noties. Het is de vraag of een negatieve attitude jegens religie (als coping-mechanisme of anderszins) alleen voortkomt uit een persoonlijke overtuiging of, gezien de resultaten van dit, weliswaar beperkte, onderzoek, meer past bij een opvatting over het vak waarin Freuds gedachtegoed ten aanzien van religie normatief is.

Therapie gaat voor een belangrijk deel over vertrouwen, over hoop en over verantwoordelijkheid en deze noties blijken in ons onderzoek vaak religieus gefundeerd te zijn. Non-specifieke therapeutische factoren zijn mogelijk specifiekere dan zij leken.

De auteurs danken professor G. Glas voor zijn steunende en kritische commentaar tijdens de opzet en uitvoering van dit onderzoek.

NOOT

1. Beide eerstgenoemde auteurs hebben evenveel bijgedragen aan het onderzoek.

LITERATUUR

Belzen, J.A. (1991). Rümke, religie en godsdienstpsychologie. *Achtergronden en vooronderstelling* (pp. 65-95). Kampen: J.H. Kok.

Braam, A.W. (2001). *Religion and depression in later life; an empirical approach*. Proefschrift. (herziene druk). Amsterdam: Rozenberg publishers.

Buber, M. (1978). *De vraag naar de mens. Het antropologisch probleem historisch en dialogisch ontvouwd*. Utrecht: Erven J. Bijleveld. (Originele werk gepubliceerd in 1943)

Freud, S. (1984) *Het onbehagen in de cultuur. Verzameld werk, cultuur en religie 3*. Amsterdam: Boom. (Originele werk gepubliceerd in 1930)

Freud, S. (1984). *Totem en Taboe. Verzameld werk, cultuur en religie 4*. Amsterdam: Boom. (Originele werk gepubliceerd in 1912-1913).

Freud, S. (1987). *De toekomst van een illusie. Verzameld werk, cultuur en religie 5*. Amsterdam: Boom. (Originele werk gepubliceerd in 1927)

Galanter, M., Larson, D., & Rubenstone, E. (1991). Christian psychiatry: the impact of evangelical belief on clinical practice. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 90-95.

Koenig, H. (1998). *Handbook of religion and mental health*. California, vs: Academic Press.

SUMMARY

Psychiatrist, patient and religion: more than simply coping – J.A. Fiselier, A.E. van der Waal, J. Spijker –

Qualitative information derived from interviews with psychiatrists working in a Dutch psychiatric institution shows that religion plays a role in the relationship between psychiatrist and patient. Religion functions not only as a coping mechanism, it also lies at the basis of the psychiatrist's attitude. Although less than 20% of the psychiatrists interviewed claimed to be religious, more than 75% said that the therapeutic relationship was partly founded on religious ideas and principles.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)5, 383-386]

KEY WORDS coping, non-specific, religion, therapy

Lambert, M.J., Shapiro, D.A., & Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 157-212). New York: Wiley.

Meissner, W. (1991). The phenomenology of religious psychopathology. *Bulletin of the Menerger Clinic*, 55, 281-298.

Neeleman, J., & Persaud, R. (1995). Why do psychiatrists neglect religion? *British journal of Medical Psychology*, 68, 169-178.

Pargament, K.I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping*. New York: Guilford Press.

Rümke, H.C. (1939). *Karakter en aanleg in verband met het ongelooft*. Amsterdam: Boekhandel W. Ten Have.

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2000). *Secularisatie in de jaren negentig. Kerklidmaatschap, veranderingen in opvattingen en een prognose*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

AUTEURS

J.A. FISELIER was arts in opleiding tot psychiater bij De Gelderse Roos en is inmiddels als psychiater werkzaam bij Altrecht, Brinkveld, centrum Persoonlijkheidsproblematiek te Zeist.

A.E. VAN DER WAAL was arts in opleiding tot psychiater bij De Gelderse Roos en is inmiddels als psychiater werkzaam bij Rivierduinen, GGZ Midden-Holland, Gouda, afdeling ouderen.

J. SPIJKER is psychiater en A-opleider, en werkzaam bij De Gelderse Roos, locatie Veluwe Vallei te Ede, en bij het Trimbos-instituut te Utrecht.

Correspondentieadres: J.A. Fiselier, Brinkveld, centrum Persoonlijkheidsproblematiek, Oude Arnhemseweg 260, 3705 BK Zeist.

E-mail: jafiselier@yahoo.com.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-9-2005.