

# ZINGEVINGSANAMNESE ALS ONDERDEEL VAN HET PSYCHIATRISCH INTERVIEW DOOR PSYCHIATERS?

Door: P.J. Verhagen\*

*In dit artikel positioneert Piet Verhagen, een christelijk psychiater, de discussie voor of tegen de religieuze of de zingevinganamnese als onderdeel van het psychiatrisch interview door psychiaters, in een breder debat over de waarden achter behandelingen in de GGZ. Volgens Verhagen bevatten deze waarden in zichzelf religiekritiek, wat verklaren kan waarom levensbeschouwelijke anamnese door dokters in GGZ ‘moeilijk’ ligt. Verhagen stelt daartegen dat het debat over levensbeschouwelijke anamnese in de GGZ moet blijven en waardevol is. In een tweede gedeelte van het artikel werkt Verhagen uit wat in zijn ogen in een levensbeschouwelijk anamnese door een dokter aan de orde dient te komen.*

## 1. Zingevinganamnese door clinici

Er zijn allerlei goede redenen om stil te staan bij de vraag naar zingeving en geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deskundigen op het terrein van de psychiatrie laten niet na dat bij herhaling aan te reiken en te beargumenteren. Eén van hen is de veel geciteerde Harold Koenig, die gegeven zijn wetenschappelijke verdiensten met enige regelmaat uitgenodigd wordt om een ‘editorial’ in dit of dat tijdschrift te schrijven (Koenig, 2008). Vast thema is de spirituele of religieuze anamnese. Maar ondertussen is er ook een cirkel van bezwaar en kritiek ontstaan; de discussie over dit onderwerp valt in herhalingen en wordt voorspelbaar.

De redenering à la Koenig is de volgende. Middels

een religieuze, spirituele of zingevinganamnese verzamelt de clinicus informatie over de religieuze, spirituele, levensbeschouwelijke achtergrond van de patiënt en over ervaringen in dat verband gedurende de gehele levensloop te beginnen bij de kinderleeftijd. Zodoende krijgt de onderzoeker zicht op de rol die levensbeschouwing<sup>1</sup> speelde en/of speelt in de huidige situatie van stress, psychische problematiek en in het omgaan daarmee. Negatieve ervaringen met levensbeschouwing kunnen een relatie hebben met de huidige psychische problematiek, ervaringen als: teleurstelling vanwege onverhoorde gebeden, conflicten met geestelijk leiders/ambtsdragers en/of de kerk, verlieservaringen. Maar religieuze/spirituele overtuigingen en praktijken en betrokkenheid bij een religieuze

gemeenschap kunnen ook een belangrijke positieve invloed hebben op het heden van de cliënt. Mede op grond van een zingevingsanamnese wordt duidelijk of en op welke wijze religie of spiritualiteit een plek zouden kunnen krijgen in het behandelingsplan. Zo kan actieve betrokkenheid bij een geloofsgemeenschap op zich mooi zijn (sociale steun), maar de patiënt kan er ook door in conflict komen omdat een bepaalde vorm van therapie (bijvoorbeeld mindfulness) niet geaccepteerd wordt of in strijd is met bepaalde overtuigingen of regels (je inlaten met mindfulness is je blootstellen aan occulte praktijken). Dat kan het welslagen van therapie in gevaar brengen. Een negatieve verwachting van patiënten ten aanzien van 'psychiatrie en religie' bestaat onverminderd. Patiënten verwachten niet meteen dat religie en spiritualiteit een plek krijgen die er toe doet. Dat betreft trouwens niet alleen gesprekstherapieën, maar ook medicamenteuze therapieën. En dat laatste heeft onmiskenbaar consequenties voor de therapietrouw (zie ook § 3.2 van dit artikel). Het gaat overigens niet alleen om (ex-)religieuze patiënten bij wie een dergelijke specifieke anamnese routine zou moeten zijn. Ook in termen van levensbeschouwing geldt een vergelijkbare redenering, want niemand is zonder. Zo ongeveer verloopt globaal de redenering van Koenig met betrekking tot het belang van een levensbeschouwelijke anamnese.

Het verzet of de kritiek op deze positie verloopt ongeveer zo (Poole, Higgs, Strong, et al., 2008). We hebben er geen tijd voor, we zijn er niet deskundig genoeg voor (Borras, Mohr, Gillieron, et al., 2010; Verhagen, 2010). Het routinematig afnemen van een religieuze, spirituele of levensbeschouwelijke anamnese is overdreven en vooral intrusief! Bovendien, het eventueel toepassen van interventies gericht op religieuze of spirituele aspecten zou te zeer een appèl doen op de waarden en levensovertuiging van de clinicus zelf, waardoor deze zijn/haar zo gewenste en voorgeschreven neutrale positie niet kan handhaven. Men kan daarom

niet volhouden dat klinici zich met zulke hoogst gevoelige en persoonlijke zaken als de aard van het kwaad, of onbeantwoorde gebeden, of acceptatie van homoseksualiteit zouden moeten inlaten; integendeel. En dat in het kader van eventuele religieuze interventies een therapeut zou bidden met een patiënt is een enorme 'boundary violation', een vorm van grensoverschrijding die niet toelaatbaar is; voorbeelden van misbruik te over. Psychiaters werken met een biopsychosociaal model binnen een set van humanitaire waarden en ethische principes en dat moet het zijn. Zo ongeveer verloopt globaal de redenering als het gaat om kritiek op het idee om routinematig een religieuze of spirituele anamnese af te nemen.

## 2.1 Ontwikkeling van behandelwaarden in de GGZ

Nu plaatst het beroep op die humanitaire waarden en ethische regels ons thema, de levensbeschouwelijke anamnese door klinici, in een bredere context, een context die volgens mij een interessante, nieuwe invalshoek vormt op het thema. Om welke waarden zijn gaat het? En hoe volgt daar dan uit dat het afnemen van een anamnese over religie en spiritualiteit en zingeving daarbuiten vallen? Welke waarden zijn leidinggevend in de GGZ?

In de Trimboslezing van 1996 gaf Vandermeersch een fraaie analyse van de in zijn ogen heersende waarden in de GGZ (Vandermeersch, 1996). Nu stamt deze rede uit 1996, maar ik ken geen recentere vergelijkbare analyse van de impliciete levensbeschouwing van de GGZ, ondanks de ingrijpende wijzigingen die zich sindsdien onmiskenbaar hebben voorgedaan. Vandermeersch' idee was dat de roep om aandacht voor levensbeschouwing in de GGZ vooral te maken zou kunnen hebben met grote onduidelijkheid omtrent de mensvisie van de GGZ. Vandermeersch doet een poging om deze impliciete visie te expliciteren en stelt vooraf vast dat die opvattingen niet losstaan van twintig eeuwen westers christendom. Maar het zou te sim-

pel zijn om vol te houden dat het slechts om een vertaalslag zou gaan, een soort van oude wijn in nieuwe zaken. De GGZ wil en heeft immers geen alternatieve levensbeschouwing en wil en houdt juist een kritische distantie ten opzichte van levensbeschouwing. Hij kiest dan ook om misverstanden te voorkomen en ter onderscheiding tussen de GGZ waarden en het christendom voor de term 'krachtlijnen'. Daarmee drukt hij naar mijn idee zijn impliciete waardering uit voor de kracht die er in de waarden van de GGZ besloten ligt. Hij onderkent vijf krachtlijnen.

De eerste krachtlijn is die van de autonomie. Centrale norm is de eigenwaarde van het individu, die op basis van beschikbare en adequate informatie eigen keuzes moet kunnen maken. Het leidt geen twijfel dat het hier om een nog altijd centrale norm gaat, die in wet- en regelgeving zijn beslag heeft gekregen. Maar wat betreft met name religie hebben we hier meteen ook een strijdpunt te pakken. Zo autonoom is een mens toch niet volgens menig religieus discours. Deze impliciete norm is dan ook tevens impliciete kritiek op klassieke religieuze opvattingen; een kenmerk van alle krachtlijnen volgens Vandermeersch. De tweede norm, met psychoanalytische achtergrond, betreft de karakteristieken van geestelijke gezondheid. De bekende criteria zijn: kunnen werken, communiceren met taal, liefhebben en genieten (presteren en genieten, stelde Freud). Vandermeersch legt het accent bij levensgenot. Ook dat is weer een norm die een impliciete kritiek inhoudt op klassieke religieuze opvattingen met betrekking tot zowel presteren als genieten, wat betreft het laatste vooral als het gaat om seksualiteit en driftbeheersing. De derde krachtlijn is die van de menselijke relaties. Uitgaande van individualiteit gaat het om authentieke en persoonlijke relaties voorbij een geprogrammeerde sociale rol. Het gaat om presentie als persoon zowel privé als maatschappelijk. In de vierde plaats geeft het individu vorm aan de eigen seksuele identiteit. De vijfde krachtlijn noemt Van-

dermeersch de wijze waarop het individu geacht wordt bepaalde zaken voor waar te houden. Dat draait kort gezegd om vertrouwen kunnen opbrengen in hulpverleners en experts met hun kennis van zaken. Dat is niet alleen een kwestie van kennis maar ook van werkrelatie tussen behandelaar en cliënt. Anders gezegd, 'wie en wat kun je en mag je geloven?' En hoe werkt dat? De link met en tegelijk distantie ten opzichte van religie en geloven is duidelijk en tegelijk is er kennelijk een verrassende parallel.

Deze krachtlijnen of normen maken deel uit van een soort van GGZ oecumene en de voortdurende vraag is of daarmee voldoende ruimte gegeven is voor cliënten om van het aanbod te kunnen profiteren. Was immers in de jaren daarvoor niet een beweging onder (orthodox) gereformeerden ontstaan om tot een eigen GGZ te komen waarmee meer recht gedaan zou worden aan de eigen waarden en normen. Met andere woorden kennelijk konden zich onvoldoende herkennen in het behandelklimaat. Maar in meer algemene zin geldt toch ook dat de GGZ voortdurende reflectie nodig heeft op het behandelklimaat en de heersende 'krachtlijnen'. De vraag is meteen; waar, wanneer en door wie dan? Is er sprake van achterstallig onderhoud? Gelden ondertussen andere waarden? Deels is dat zo, daarover zo meer. Maar wat opvalt gegeven het thema van deze bijdrage is dat er in die impliciete levensbeschouwing van de GGZ een kritische distantie besloten ligt ten aanzien van religie en spiritualiteit; een spanning waarmee de psychiatrie al vanaf haar ontstaan rekt, als ze die al niet nodig heeft. Kortom, die botsing die we in de inleiding tegenkwamen, staat bepaald niet op zichzelf, maar raakt kennelijk aan het goede verstaan van de bedoelingen van de GGZ. Men kan er aan toevoegen dat de spanningsvolle relatie tussen psychologisch hulpverlening en levensbeschouwing al even onmiskenbaar een rode draad is in het oeuvre van Freud.

Een recentere, andere, set van waarden werd opgesteld door de Amerikaan Sadler (2005)<sup>2</sup>. Alleen, het gaat hier niet om de waarden van de Nederlandse GGZ, het gaat om waarden die besloten liggen in het psychiatrische classificatiesysteem, de Amerikaanse DSM systematiek. En aangezien we die in Nederland onverkort toepassen, kunnen we aannemen dat die waarden hun invloed zullen hebben in de Nederlandse GGZ, dat ze al dan niet op gespannen voet staan met de waarden of mogelijk in de plaats gekomen zijn van de waarden die Vandermeersch aanreikte. Sadler noemt er zes: empirisme, hyponarrativiteit, individualisme, naturalisme, pragmatisme en traditionalisme. Een korte blik op dit rijtje laat zien dat empirisme en naturalisme in het rijtje van Vandermeersch nog ontbraken, maar ondertussen wel aanwezig zijn. Inderdaad, het uitgesproken accent op empirisch onderzoek en evidentie met name moest zich in de mate waarin we dat nu kennen nog aandienen, en de enorme impact van neuroscience and 'brain-talk' zat er nog aan te komen, maar is nu niet meer weg te denken.

De DSM systematiek leidt inderdaad tot een pragmatisme waarmee de Nederlandse GGZ het ook danig te stellen heeft. Kort gezegd: wie aan A lijdt, wordt met B behandeld, hetgeen correspondeert met vergoeding C. Het traditionalisme zit in het feit dat de psychiatrie maar moeilijk van haar Kraepeliniaanse<sup>3</sup> geschiedenis los kan komen. Met individualisme, anders dan wat Vandermeersch met autonomie bedoelde, gaat het om de strikt individuele kijk op stoornissen: er zijn alleen gestoorde individuen. De meest intrigerende in het rijtje is de zogenaamde hyponarrativiteit. Het verhaal van de patiënt is zoek, sterker nog, het doet er niet meer toe. En daarmee is verbazingwekkend genoeg de wisselwerking tussen individu en omgeving, achtergrond en ontwikkeling, die zo van invloed is op de persoonlijke betekenis die gebeurtenissen en ervaring voor die persoon hebben uit beeld geraakt. Sadler noemt de DSM stoornissen daarom 'empty-shell

abstractions of people' (Sadler, 2005, 177). In feite gaat het om een tot norm verheven ontkenning of marginalisering van de verhalen van mensen.

Op dit punt aangekomen zou ik terug willen grijpen op de conclusie van Vandermeersch. De GGZ en de professional kunnen er niet om heen voortdurend te reflecteren over de set van impliciete waarden die heersen, met daaraan gekoppeld de vraag of de ruimte voor patiënten om te kunnen profiteren van behandeling voldoende gewaarborgd is. Daar vallen op dit moment wel de nodige vraagtekens bij te plaatsen; Vandermeersch waarschuwde al voor dat pragmatisme, dat er toen al aan zat te komen. Hij pleitte voor volgehouden reflectie. En gegeven de spanningsvolle verhouding tot godsdienst en religie, zou ik willen toevoegen dat de discussie rond 'psychiatrie en religie', ten onrechte opgevat als een vervelende voet tussen de deur, een belangrijke bijdrage kan leveren aan die vol te houden reflectie.

## 2.2 Levensbeschouwelijke anamnese en de APA-richtlijn van 1989/2006

"Waarom zouden we onderzoek doen naar de religieuze en spirituele aspecten in het leven van patiënten?" Deze vraag is erg algemeen, terwijl er, gegeven de kritiek op zingevingsanamnese, zoals we die in de inleiding hoorden, kennelijk een hoop specifiekere vragen zijn. We kunnen een paar (ethische) aspecten aan deze vraag onderscheiden. Het "waarom" heeft om te beginnen te maken met de vraag hoe een clinicus zijn (onvermijdelijke) invloed op de (waarden van de) patiënt dient te onderkennen. En wordt dat juist als het over religie, spiritualiteit en zingeving gaat niet heel erg precair? Daaraan gekoppeld is de vraag wat de grenzen zijn aan de rol die een clinicus in het leven van een patiënt mag spelen. Wanneer is/wordt deze invloed ongepast? Betekent dit vervolgens dat een gedeelde levensovertuiging tussen clinicus en patiënt een voorwaarde is, of toch niet (Pet-eet, 2004)?

Om bij het algemene aspect van het 'waarom' te beginnen; inmiddels is in diverse richtlijnen voor een juiste klinische praktijk vastgelegd en wordt er aanbevolen om een religieuze of spirituele anamnese af te nemen. Wat dat betreft zijn we dus het stadium van het gezag van individuele 'opinion leaders' gepasseerd. Overigens heeft het een noch het ander de praktijk werkelijk veranderd. Allerlei overwegingen ten gunste van levensbeschouwelijke anamnese, die we ook al in de inleiding tegenkwamen, spelen een rol. Er zijn voldoende aanwijzingen om aan te nemen dat religie en spiritualiteit belangrijke bronnen zijn voor zingeving en doelen in het leven en steun bieden. Voor zingeving en levensbeschouwing is dat in mijn ogen niet anders. Ook zingeving heeft bronnen, die samenhangen met de existentiële aspecten van het leven, waaruit geput wordt: het persoon zijn, de fysieke integriteit, materiële behoeften, activiteiten, verbondenheid.

Een ander aspect is het gegeven dat culturele factoren en verklaringsmodellen voor ziekte van invloed zijn op de houding tegenover, de verwachtingen van en voorkeuren met betrekking tot behandeling (Committee on Cultural Psychiatry, 2002). Om die reden kunnen religiositeit en spiritualiteit een belangrijke rol spelen in het tot stand komen van een behandelrelatie, in het komen tot een behandelingsplan en in het bevorderen van de therapietrouw. Zo juist omdat religieuze en spirituele aspecten tijdens de anamnese aan bod komen kan dat de patiënt het vertrouwen geven dat belangrijke aspecten van zijn/haar bestaan aandacht krijgen en begrepen worden. Patiënten kunnen religieus of spiritueel gemotiveerde bezwaren en weerstanden tegen bepaalde medicijnen of psychotherapieën hebben, die zodoende open op tafel kunnen komen en bespreekbaar worden. Een meer specifiek aspect kan het inschatten van het gevaar op suïcide zijn. De levensbeschouwing van de patiënt kan daarin een belangrijke rol spelen. Welke opvattingen heeft iemand over een leven na de dood? Wat betekent het dat iemand er naar

verlangt weer bij een dierbare die overleden is te kunnen zijn?

Een nog weer ander aspect, dikwijls niet genoemd, is de invloed die levensbeschouwing heeft op de houding en de beslissingen van hulpverleners zelf. Dat is op zich een interessant thema, dat uitgewerkt wordt in de zogenaamde 'Values-based practice', zoals die ontwikkeld is door Fulford (2004). Zo zouden er nog heel veel meer redenen te noemen zijn die het belang van het onderzoek naar religieuze en spirituele aspecten kunnen onderstrepen. In feite gaat het hier om zaken die vanzelfsprekende kennis zijn, het is echter geen vanzelfsprekende praktijk! Redenen waarom dat zo is hebben we in de inleiding aan gegeven: binnen een biopsychosociaal model van psychiatrische zorg met een set van algemene, 'neutrale' humanitaire waarden en ethische principes krijgen zingeving en religie moeilijk een plaats. Alleen gebrek aan tijd, is veelal een kwestie van prioriteit, en gebrek aan kennis en vaardigheden is tegenwoordig met de talloze mogelijkheden aan bij- en nascholing ook geen geldig excuus meer. Belangrijker nog is het nog niet genoemde gegeven dat psychiaters toch nog neigen tot het pathologiseren van religieuze en spirituele ervaringen en behoeften. De psychiater heeft niet zo heel veel andere mogelijkheden om dat te voorkomen dan het, jawel, afnemen van een goede anamnese.

Als het gaat om het meer specifieke aspect van de beïnvloeding door de clinicus, is het volgende aan de orde. Er is in dit verband veel geschreven over de houding van professionals in de GGZ tegenover religie en spiritualiteit. Eén van de eerste richtlijnen op dit gebied, vastgesteld door de American Psychiatric Association in 1989, betrof die attitude kwestie. De titel van de richtlijn was dan ook veelzeggend: 'Guidelines regarding possible conflict between psychiatrists' religious commitment and psychiatric practice'. Inmiddels is het document herzien en luidt de titel: Religieus/spiritual

commitments and psychiatric practice (APA, 2006)<sup>4</sup>. Wat betreft de attitude van psychiaters gaat het in feite om twee zaken: respecteren en niet opdringen. Ze worden geacht de religieuze of spirituele betrokkenheid van patiënten te respecteren. Daarnaast kan het niet de bedoeling zijn dat psychiaters hun eigen religieuze/spirituele of anti-religieuze opvattingen of welke ideologie ook aan de patiënt opdringen ('psychiatrists should not impose'). Noch is het de bedoeling dat zij religieuze of spirituele genezingspraktijken stellen in de plaats van naar de standaarden van het vak geaccepteerde diagnostische en therapeutische methoden. De handreiking concretiseert een en ander aan de hand van duidelijke voorbeelden. Maar, niet onbelangrijk, ze maakt wat betreft het respecteren meteen in een eerste van drie aandachtspunten duidelijk waaruit dat respecteren bestaat: namelijk dat het nuttig is om informatie te verkrijgen over de religieuze en spirituele betrokkenheid van de patiënten, zodat daar adequaat aandacht voor kan zijn gedurende het onderzoek, de casusbeschrijving en de behandeling. Met andere woorden: religie en spiritualiteit worden hier niet tot gevaarlijk terrein verklaard in die zin dat de dokter zich er verre van zou moeten houden, integendeel. En toch willen we geen 'imposers' zijn, maar dat is betrekkelijk gebleken gegeven de waarden die in de geestelijke gezondheidszorg doorwerken, nog los van de eigen levensovertuiging van de hulpverlener zelf (waarbij ik aantekenen dat die twee helemaal niet los van elkaar te verkrijgen zijn).

Ik zou 'respecteren en niet opdringen' als volgt nader willen omschrijven: 1) niets wat klinisch relevant zou kunnen zijn is taboe; 2) religiositeit en spiritualiteit zijn altijd een mogelijk focus voor onderzoek; 3) een religieuze anamnese is altijd aan de orde wanneer de religiositeit of spiritualiteit van de patiënt op welke wijze ook naar voren komt; 4) een respectvolle benadering houdt in dat de onderzoeker rekening houdt met de invloed van religiositeit of spiritualiteit op de arts-patiënt relatie, en

dat deskundigheid betracht wordt in het verklaren en interpreteren van religieuze en spirituele thema's om te voorkomen dat 'niet begrijpen' leidt tot pathologiseren.

### 3.1 Levensbeschouwelijke anamnese als screening

Het is niet ongebruikelijk domeinen of levensgebieden in twee stappen te onderzoeken (Culliford en Eagger, 2009). Er worden meestal eerst screenende vragen gesteld om globaal een beeld te krijgen. Wanneer daar aanleiding toe is, kan er dan verdieping plaatsvinden.

Screenende vragen hebben dikwijls een indirect karakter. Dat heeft zo zijn nut in gesprekstechnische zin. Zo kan men op die manier het jargon van de patiënt op het spoor komen en daarbij proberen aan te sluiten. Belangrijk is het om ook hier aandacht te hebben voor verschuivingen in emoties gerelateerd aan spirituele thema's. Het kan drempeilverlagend werken als de interviewer duidelijk kan maken dat hij begrijpt en/of begrip heeft voor waar het over gaat. Screenende vragen kunnen gaan over het volgende.

- Wat helpt u als het tegen zit, als het moeilijk gaat, als u te maken krijgt met grote problemen?
- Wat is werkelijk belangrijk voor u in het leven, wat doet er werkelijk toe?
- Waar bent u dankbaar voor, wat geeft u moed en kracht?
- Waar vindt u vrede?
- Wie begrijpt u situatie het beste, als u in nood bent, pijn hebt?
- Waar/hoe vindt u troost, houvast (Josephson en Peteet, 2007)?

Daarmee is de vraag vooral open geformuleerd, althans dat is de gedachte, zonder expliciete verwijzing naar religie en spiritualiteit. Het antwoord van de patiënt zal wat dat betreft wel richting wijzen. In een meer religieuze richting gaan antwoor-

den die te maken hebben met het behoren bij een religieuze traditie, het betrokken zijn bij, deelnemen aan religieuze praktijken (bedevaart, meditatie, gebed, heilige teksten lezen, gewijde muziek luisteren). In meer levensbeschouwelijk (niet religieuze) richting wijzen antwoorden als betrokken zijn bij liefdadigheids/vrijwilligerswerk, zelfreflectie, aandacht voor schoonheid, literatuur, poëzie, de natuur, onderhouden van belangrijke relaties en vriendschappen. Tegelijk is het onderscheid op deze wijze wel enigszins arbitrair te noemen daar de twee reeksen elkaar in het geheel niet uitsluiten. Een tweede screenende vraag is meer direct:

- beschouwt u uzelf als gelovig, religieus of spiritueel, humanistisch?

Dat is in ieder geval een vraag die er meer toe doet dan de vraag naar een bepaalde kerk, en ook het antwoord gaat over meer dan te behoren tot een bepaalde geloofsgemeenschap. Dat gegeven op zich is veelal nutteloze informatie, als de vragensteller al zou weten wat met een dergelijk antwoord aan te vangen.

In het verlengde van deze twee vragen is wel belangrijk te weten of de patiënt er 'iets' mee wil. Wil de patiënt zijn levensovertuiging (aspecten daarvan) aan de orde stellen, wil hij/zij dat daar in behandeling mee rekening gehouden wordt, en zo ja, hoe dan?

Op deze manier kunnen we ons als dokters oriënteren op het religieuze en spirituele domein in het leven van de patiënt.

Het screenen kan ook op een andere wijze aan de orde komen, niet zozeer als verkenning van het spirituele domein, maar bij het onderzoek van psychopathologische verschijnselen. De belangrijkste oriënterende vragen zijn dan of mensen bijzondere religieuze ervaringen hebben meegemaakt (bekering, leiding, gebedsverhoring, visioen, stem gehoord, paranormale gaven) en of ze in negatieve en/of in positieve zin een relatie zien tussen

hun klachten en hun levensovertuiging en in het omgang met die klachten.

In de literatuur wordt vaak verwezen naar het acroniem FICA, door Koenig en Pritchett geïntroduceerd in 1988, voor vier screenende vragen:

- 1) Is geloven ('Faith') een belangrijk aspect van uw (dagelijks) leven?
- 2) Op welke wijze beïnvloedt ('Influence') dit geloven uw leven?
- 3) Maakt u deel uit van een geloofsgemeenschap ('Community')?
- 4) Zijn er religieuze/spirituele thema's waarvoor u aandacht wilt ('Address') in de (het) behandeling(s)plan?

Deze vragen zijn voor screening naar mijn idee te nadrukkelijk gericht op geloven. De volgende variatie maakt ze in een bredere context bruikbaar:

- 1) Wat beweegt u? Voor de een is het godsdienst, voor de ander familie, voor een ander weer iets anders. Het kan ook een mix zijn? Wat is het voor u?
- 2) Mensen geloven meestal wel ergens in. In een god, of 'iets', of noemen zich agnostisch of atheïstisch. Hoe beschrijft u zichzelf van dat betreft?
- 3) Bent u religieus opgevoed?

### Voorbeeld van groepstherapie waarin informatie uit zingevinganamnese bruikbaar is

Je kunt er wel naar vragen, maar wat doe je dan vervolgens met die informatie? Wat willen we ermee op het spoor komen? Dat is natuurlijk ook een van de redenen waarom er niet naar gevraagd wordt: wat moet je ermee?

*Ik (PJV) doe al jaren in een ambulante setting een zogenaamde mannengroep, 'vermoeide helden' heten ze. Ze hebben altijd hard gewerkt, waren daarmee van betekenis in eigen en andermans ogen, maar er kwam een kink in de kabel en nu is deze bron van betekenis weggevallen*

zonder dat er iets betekenisvol voor in de plaats is gekomen. Een gevarieerd scala aan klachten en aanhoudend disfunctioneren is het gevolg. Voor elk nieuw groepslid is het vanzelfsprekend wennen en het komt met enige regelmaat voor dat een nieuweling na ververloop van een aantal keren ernstige twijfels uit bij het voortzetten van deze groepstherapie want hoe zou dit gezelschap van 'mislukte mannen' hem ooit verder kunnen helpen. Dan vertel ik nog wel eens het verhaal van Naäman. Ze blijken helemaal geen Bijbelkennis nodig te hebben om te snappen waar in het verband van de groepstherapie omgaat. Wat wil het geval? Naäman blijkt hevig ontstemd over het 'therapeutisch' advies van de profeet. Thuis hebben ze mooiste rivieren ter wereld, en dan zou hij beter kunnen worden door een duik te nemen in die modderpoel die ze rivier noemen: geen denken aan.

Vrijwel alle denkbare existentiële vragen liggen in deze casus opgesloten:

- 1) Wie ben ik eigenlijk? Hoe ben ik altijd geweest, wie wil ik zijn? Wat zijn mijn mogelijkheden en beperkingen? Wat zegt het over mij dat ik me altijd zo heb afgezet tegen, mijn werk nodig had als overcompensatie van ....?

Eigenwaarde en verlies daarvan staan vaak centraal. Psychologisch gaat het hier ongetwijfeld om het zelfbeeld en vooral regulering van het zelfgevoel, waardoor deze mannen nogal eens 'beticht' worden van narcistische problematiek. En inderdaad soms gaat de razernij zo ver dat de sprong in de modderpoel niet gewaagd wordt.

- 2) Wie zijn die anderen voor mij? Wie zijn de belangrijke anderen in mijn leven? Ken ik ze, kennen ze mij? Ben ik in wezen eenzaam? Wie zijn mijn vrienden?

Hier gaat het om het relationele gezichtspunt. Dat blijkt in het levensverhaal van deze doelgroep een aangelegen punt. Niet alleen vanwege een context van emotioneel tekort om wat voor reden ook, maar vooral vanwege de daaruit voortvloeiende overtuiging qua zelf- en wereldbeeld en strategie:

de wereld is onrechtvaardig, ik zoek het alleen wel uit, men is waard wat men presteert, ik heb altijd mijn best gedaan. De onderliggende onzekerheid, angst en minderwaardigheid kwamen niet eerder aan bod, en de angst dat dat zou kunnen gaan gebeuren kan reden worden om rechtsomkeer te maken.

- 3) Hoe nu verder? Is dit wat het leven me gebracht heeft? Is dit de manier waarop ik ook wil worden? Was het dan allemaal voor niks? Waar houd ik me aanvast? Ik kan het niet overdoen? Hoe kan ik het goedmaken? Heb ik wel geleefd, leef ik wel?

Hier hebben we maar niet te maken met tijd in de zin van kloktijd, losse aaneengeschakelde momenten, maar met geleefde tijd, tijd en verbondenheid: verleden, toekomst en heden, die op elkaar ingrijpen. Mensen zijn onderweg, zoeken een fundament. 'Er loopt een optocht door de tijd van de schepping tot de eeuwigheid', zingt Paul van Vliet. Het verhaal van die (zoek)tocht is de biografie. Het verleden als basis voor het heden, de toekomst als vooruitlopen op het heden, het heden als moment van tegenwoordigheid.

- 4) Wat zijn mijn mogelijkheden en beperkingen? Hoe ga ik daarmee om? Ik wilde er niet van weten; waarom niet?

Het zijn de grensvragen die hier opspelen, maar op een speciale wijze. Yalom beschreef op onovertroffen wijze de relatie tussen angst voor de dood en een 'hypertrofisch' gevoel van eigenwaarde en dwangmatige heroïek (Yalom, 1980).

- 5) Hoe sta ik eigenlijk in het leven? Daarmee kan iets van de eigen levensbeschouwing naar voren komen<sup>5</sup>.

Eigenlijk, zo leg ik meestal uit aan collega's of studenten, doen we in deze groepstherapie niet anders dan waar iedereen zich op enig moment in zijn en haar leven mee bezighoudt, op al dan niet zachtzinnige wijze geconfronteerd met het leven: bezig zijn met levensvragen. En de klachten, ver-



schijnselen vatten we op, om een andere metafoor te gebruiken, als het water van de lekkende kraan. We kunnen natuurlijk wel blijven dweilen, en sommigen willen liever 'leren' het dweilen vol te houden, maar we zouden ook aan het werk kunnen gaan met de 'kraan'.

Op die manier naar klachten kijken en ermee om te gaan is een hele kunst. Voor patiënten, maar ook voor de behandelaar. Middels ervaring en emotie komt de patiënt dichter bij zijn/haar (levens)vragen; het accepteren en verdragen daarvan geeft een ander perspectief; in het verband van, in dit voorbeeld, een groep is het praten daarover 'voorbij' de bekende riedel van klagen en klachten een openbaring; de geschiedenis wordt niet herschreven, maar ziet er wel anders uit, zodat de basisovertuigingen en strategieën met hun 'verkeerde vragen' zonder gezichtsverlies herzien kunnen worden. Therapie doet of het bij wijze van spreken nu kortdurend klachtgericht of langerdurend schemagericht is niet veel anders of meer, en dat is ondertussen heel wat, dan het vlot trekken van stagnerende en blokkerende (levens)vragen en (verlies)ervaringen.

### 3.2 Levensbeschouwelijke anamnese als verdieping

De uitkomst van de screenende vragen kan aanleiding zijn om verder op de thematiek in te gaan omdat er kennelijk iets 'speelt'. We onderscheiden een aantal domeinen, die op zich niet vreemd zijn voor een psychiatrische anamnese, maar nu toegespitst worden op religie en spiritualiteit (en zingeving).

Allereerst willen we verder ingaan op de (sub)culturele achtergrond van de patiënt en diens familie geschiedenis. Dat gaat over religieuze gebruiken in het gezin van herkomst en in relatie tot belangrijke anderen. Het gaat over religieuze opvoeding en onderwijs. En aangezien religie en levensbeschouwing mee ontwikkelen met de levensgang is het

belangrijk te vragen naar overgangsfasen en verandering qua religiositeit en spiritualiteit. Gegeven die achtergrond gaat het in meer psychologische termen om de 'nestgeur', zoals Vandermeersch dat in dit verband heeft genoemd. Religiositeit, spiritualiteit en levensbeschouwing zijn qua ontwikkeling sterk gerelateerd aan de ontwikkeling van een basaal vertrouwen, zoals zich dat al heel vroeg ontwikkelt, of onvoldoende.

Een tweede domein om te onderzoeken betreft een verdere verdieping van het spanningsveld tussen huidige ziekte, klachten en de eigen religiositeit. Geconfronteerd met ziekte vallen mensen terug op hun interpersoonlijke bronnen van steun en religieuze/ spirituele achtergrond om er mee om te kunnen gaan. Uit onderzoek is voldoende duidelijk geworden dat religie bij kan dragen aan genezing, een toevluchtsoord kan bieden, of kan helpen problematisch gedrag te kanaliseren (Pieper & Van Uden, 2005). Aan de andere kant kan pathologie zich ook manifesteren en uitdrukken in religieus gedrag. En er is ook geen twijfel over dat religie een bedreiging kan zijn voor geestelijke gezondheid. We zullen dus willen weten hoe dit in het leven van deze persoon speelt. Hoe belangrijk is religie, spiritualiteit? Religieuze coping kan effectief zijn, maar is het niet altijd. Mensen kunnen juist teleurgesteld zijn in hun religie, hetgeen de last kan verzwaren.

In de derde plaats is het belangrijk te achterhalen wat de huidige opvattingen van de patiënt zijn, niet alleen in relatie tot betekenisverlening aan ziekte en gezondheid, maar ook of ze gebruik maken van religieuze praktijken gericht op heling. Heel veel mensen blijken dat te doen, en zeker niet alleen aanhangers van niet-christelijke godsdiensten. Dat komt veelal niet ter sprake als er niet naar gevraagd wordt. In dit verband is ook belangrijk welke invloed religie en spiritualiteit hebben op de therapie. Immers, er kunnen zich conflicten voor doen wat betreft therapie vormen en wat vanuit religieus perspectief wel of niet is toegestaan. Een

actueel voorbeeld daarvan is mindfulness. Maar dergelijke vragen kunnen ook spelen met betrekking tot medicijnen; is dat niet erg onnatuurlijk? Ben ik dan nog wel mezelf? En wat te denken van de cosmetische psychofarmacologie, waar mensen faliekant tegen kunnen zijn of juist gebruik van willen maken, om 'het dweilen vol te kunnen houden'. Trouwens het kan al een aangelegen kwestie zijn om naar een psychiater te gaan.

In verband met de ontwikkeling van de werkrelatie, als vierde aandachtsgebied, kan het belangrijk zijn stil te staan bij de vraag hoe het voor de betrokkene is om met zijn arts/behandelaar over z'n religiositeit/spiritualiteit te praten.

Uiteindelijk zullen deze gegevens meegenomen en gewogen worden met het oog op het behandelingsplan. Het ligt dus voor de hand dat religie, spiritualiteit, levensbeschouwing daarin een plaats krijgen, grofweg als risicofactor en/of als beschermende, steunende factor van belang. Naar voren komt wat bepaald gedrag en gebeurtenissen voor de patiënt betekenen in samenhang met maar niet beperkt tot een interne psychische dynamiek.

Wat betreft de diagnose: worden de klachten (mede) verklaard op basis van iemands (sub)culturele/religieuze achtergrond, of gaat het louter om een psychiatrische stoornis in de strikte zin van woord? Wat betreft acceptatie van de diagnose: hoe stigmatiserend is het om een psychische stoornis te hebben? Wat betreft de therapietrouw: welke betekenis heeft de voorgestelde therapie voor de patiënt? Wat betreft de werkrelatie: is de patiënt in staat, bereid om vertrouwen te hebben in een behandelaar al dan niet met een andere religieuze/spirituele achtergrond?

### Tot slot

Gegevens, middels een levensbeschouwelijke anamnese verkregen, staan niet op zichzelf. Om deze te kunnen evalueren is het nodig te weten: 1) op welke wijze levensbeschouwing (mentale) gezondheid kan bevorderen dan wel ondermijnen;

2) wat de kenmerken zijn van de levensbeschouwelijke achtergrond of traditie van de patiënt; 3) en kennis te hebben van psychiatrische epidemiologie in relatie tot religieuze en spirituele variabelen en gezondheid. Dat kan hier niet verder uitgewerkt worden. Bovendien, daar is nog een hoop aan te doen, niet alleen als het gaat om onderzoek, maar ook als het gaat om samenwerking met andere disciplines, niet in de laatste plaats met de geestelijk verzorgers.

---

\* Piet Verhagen is psychiater en theoloog, werkzaam bij GGZ Centraal, tot voor kort Meerkanten GGZ, Harderwijk/Ermelo. Hij is voorzitter van de World Psychiatric Association (WPA) Section on Religion, Spirituality and Psychiatry, en secretaris van de Stichting Psychiatrie en Religie.

---

### Literatuur

- American Psychiatric Association (2006). *Religious/ Spiritual Commitments and Psychiatric Practice*. Resource Document. [www.psych.org](http://www.psych.org).
- Borras, L., Mohr, S., Gillieron, C.H., et al., (2010). Religion and Spirituality: how clinicians in Quebec and Geneva cope with the issue when faced with patients suffering from chronic psychosis. *Community Mental Health Journal*, 46, 77-86.
- Brümmer, V. (1975). *Wijsgerige begripsanalyse. Een inleiding voor theologen en andere belangstellenden*. Kampen: Uitgeversmaatschappij J.H. Kok.
- Committee on Cultural psychiatry (2002). *Cultural assessment in clinical psychiatry*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Culliford, L., Eagger, S. (2009). Assessing spiritual needs. In: Cook, C.C.H., Powell, A., Sims, A. (eds.) *Spirituality and psychiatry*. London: RCPsych Publications, p. 16-38.
- Josephson, A.M., Peteet, J.R. (2004). *Handbook of spirituality and worldview in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Josephson, A.M., Peteet, J.R. (2007). Talking with patients about spirituality and worldview: practical interviewing techniques and strategies. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 181-197.
- Kalmthout, M. van. (2005). *Psychotherapie en de zin van het bestaan*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Koenig, H.G., Pritchett, J. (1988). Religion and psychotherapy. In: Koenig, H.G. (Ed.). *Handbook of religion and mental health*. San Diego: Academic Press, p. 323-336.
- Koenig, H.G. (2008). Religion and mental health: what should psychiatrists do? *Psychiatric Bulletin*, 32, 201-203.
- Peteet, J.R. (2004). *Doing the right thing. An approach to moral issues in mental health treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

- Pieper, J, Uden, M van (2005). *Religion and coping in mental health care*. Amsterdam: Rodopi.
- Poole, R., Higgo, R., Strong, G., Kennedy, G., Ruben, S., Barnes, R., Lepping, P., Mitchell, P. (2008). Religion, psychiatry and professional boundaries. *Psychiatric Bulletin*, 32, 356-357.
- Praag, H.M. van (2008). *God en psyche. De redelijkheid van het geloven. Visies van een jood*. Amsterdam: Boom.
- Sadler, J. Z. (2005). *Values and psychiatric diagnosis*. Oxford: Oxford University Press.
- Sims, A., Cook, C.H.C. (2009). Spirituality in Psychiatry. In: Cook, C.C.H., Powell, A., Sims, A. (eds.) *Spirituality and psychiatry*. London: RCPsych Publications, p. 1-15.
- Vandermeersch, P. (1996). *Uit de hemel gevallen? De levensbeschouwing van de geestelijke gezondheidszorg*. Trimbo-slezing 1996. Utrecht: NcGv.
- Verhagen, P.J. (2010). The case for more effective relationships between psychiatry, religion and spirituality. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 550-555.
- Verhagen, P.J., Cox, J.L. (2010). Multicultural training in religion and spirituality. In: Verhagen, P.J., Van Praag, H.M., López-Ibor, J.J., Cox, J.L., Moussaoui D. (Eds.) *Religion and psychiatry: Beyond boundaries*. Chichester: Wiley-Blackwell, p. 587-613.
- Woodbridge, K., Fulford, K.W.M. (2004). *Whose values? A workbook for values-based practice in mental health care*. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: basic Books, Inc., Publishers.

## Noten

- Ik zal niet nader ingaan op de kwestie rond definities en afbakening van religie, spiritualiteit en levensbeschouwing ten opzichte van elkaar. Ik hanteer hier een praktisch model met drie concentrische cirkels met als buitenste cirkel levensbeschouwing, waarbij ik aanneem dat iedereen een levensbeschouwing heeft. De binnencirkels worden gevormd door spiritualiteit en religie/godsdiens. Men kan dan weer discussiëren over de vraag welke van die twee de binnenste en de buitenste cirkel is, maar mij lijkt het vooral praktisch om religie/godsdiens als de binnenste cirkel te nemen en spiritualiteit als de middencirkel. Daarin ligt overigens wel het (mijn) idee opgesloten dat spiritualiteit en daaromheen levensbeschouwing voortgekomen zijn uit religie/godsdiens en dat daarom allerlei aspecten van spiritualiteit en levensbeschouwing vanuit die 'achtergrond' beter te begrijpen zijn. Voor mijn doeleinden is de volgende definitie van levensbeschouwing als én afgeleide én omvattende term zeer geschikt: het totale complex van normen en idealen en eschatologische verwachtingen in het licht waarvan iemand zijn levenshouding richt en beoordeelt (Brümmer,

1975, 131-132). Ondertussen betreft het een ingewikkelde discussie en politiek-cultureel gevoelige materie. 1) De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) slaagde er niet in om zoiets als spiritualiteit opgenomen te krijgen in haar definitie van gezondheid, hetgeen immers meer is dan de afwezigheid van ziekte. Gezondheid propageren door overheden is één, maar hoe en welke spirituele aspecten in samenhang daarmee, bijvoorbeeld in landen waarin slechts één godsdienst geaccepteerd is, is zo ongeveer een onmogelijkheid. 2) Spreken Koenig en anderen veelal met twee woorden 'religie en spiritualiteit', in de Engelse psychiatrie is daar geen denken aan. In hun toelichting schrijven Sims en Cook dan ook dat in het Verenigd Koninkrijk in discussies binnen de medische professie het woord spiritualiteit de voorkeur heeft omdat het woord religie te veel negatieve lading heeft (historisch, fanatisme en geweld; Sims en Cook, 2009, 5). 3) Deze (veronderstelde) negatieve lading van het begrip religie is bepaald geen kleine hindernis. De World Psychiatric Association (WPA) Section on Religion, Spirituality and Psychiatry (huidige voorzitter schrijver dezes) werkt al geruime tijd aan een zogenaamd 'Position Statement' waarin de WPA aangeeft wat haar standpunt is ten aanzien van religie en spiritualiteit in de psychiatrische praktijk wereldwijd. De negatieve lading rond religie speelt daarin opnieuw een rol, naast dezelfde politieke bezwaren als bij de WHO en natuurlijk de inbreng van de neurowetenschappen ten aanzien van religie en spiritualiteit. 4) Anderen, te onzent Van Praag, vinden het begrip spiritualiteit in vergelijking met religie veel te vaag. Religie heeft immers een duidelijk focus. Vergeleken daarmee is (veel) spiritualiteit per definitie van 'een lagere orde' (Van Praag, 2008, 25). Een term als levensbeschouwing komt in dit type literatuur nauwelijks voor. Een uitzondering vormt het boek van Josephson en Petet *Handbook of spirituality and worldview in clinical practice* (2004).

- Ik ga voorbij aan andere sets van waarden zoals we die tegenkomen in de psychotherapie. Zo ontwikkelt Van Kalmthout (2005) een geheel eigen set als kenmerkend voor de persoonsgericht psychotherapie.
- Emil Kraepelin (1856-1926) geldt als de grondlegger van de moderne psychiatrie. De classificatie van psychiatrische ziektebeelden die hij aan het eind van de negentiende eeuw ontwierp ligt ten grondslag aan het huidige classificatiesysteem.
- Het document heet ook niet meer 'guidelines', maar een 'resource document'.
- Het verhaal met zijn 'rivieren en modderpoelen' zou ook nog aanleiding kunnen geven tot een ecologische zinvraag: hoe kijk ik aan tegen natuur, schepping? Dat laten we hier verder rusten.