

DE RELIGIEUZE ANAMNESE*

Gerrit Glas

Samenvatting

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de vragen die zoal gesteld kunnen worden in de religieuze anamnese van psychiatrische patiënten. Anders dan vaak wordt gedacht hebben deze vragen geen betrekking op de zachte rand van de geneeskunde, maar raken ze het hart van waar het in de geestelijke gezondheidszorg om gaat. Deze vragen peilen de spirituele hulpbronnen waarover de patiënt beschikt om existentiële verwarring en de ervaring van uitgesloten te zijn te boven te komen. Achtereenvolgens wordt ingegaan op het belang van de religieuze anamnese, op een aantal oriënterende en meer specifieke vragen en op vragen die verband houden met specifieke religieuze tradities.

Summary

This article gives an overview of the questions that might be put to explore religious issues in the life and present situation of psychiatric patients. These questions are directed at the spiritual sources of the patient, sources that may provide the strength to face the existential turmoil and the feeling of being excluded which is so often associated with psychiatric illness. The religious anamnesis, therefore, is concerned with the core of the clinical endeavor, in the sense that it aims at delineating the framework in which experiences are coded and reorganized in the course of treatment. The article argues for the importance of the religious anamnesis, it describes both general and more specific questions, and it ends by focusing the attention to a number of religious and religion-associated subjects that could be addressed depending on the religious tradition to which the patient belongs.

Inleiding

In dit artikel geef ik aan de hand van recente literatuur en eigen ervaringen een handreiking voor het afnemen van de religieuze anamnese bij psychiatrische patiënten. Ik ga achtereenvolgens in op het belang van deze anamnese, op een aantal oriënterende en meer specifieke vragen, om te eindigen met enkele aandachtspunten die betrekking hebben op een aantal belangrijke religieuze tradities.

Belang

Waarom is het nodig om aandacht te besteden aan religie en levensbeschouwing in de anamnese? Scott Richards & Bergin (1997), die een belangrijke studie over het onderwerp schreven, stellen dat de religieuze anamnese van belang is om een beter begrip van iemands leefwereld te krijgen (zie Figuur 1) (zie ook Bouwer 1996). Men kan daardoor beter inschatten wat de invloed is van religieuze overtuigingen op de psychiatrische problematiek. Religie heeft invloed op hoe mensen mentaal en emotioneel functioneren. Daarnaast geeft de religieuze anamnese zicht op potentiële bronnen van hulp.

Dit laatste punt wordt soms nog onderschat. Kerkelijke gemeenschappen en religieuze bewegingen vormen vaak hechte netwerken met een belangrijke ondersteunende functie. Men kan daar als behandelaar soms van gebruik maken. Zo kent GLIAGG De Poort een mantelzorg project waarbij twee of drie mensen uit de omgeving van de patient worden gemobiliseerd voor het geven van praktische hulp en emotionele ondersteuning. Meestal zijn dat niet de meest direct betrokkenen, vanwege het risico van burn-out; maar bijvoorbeeld een lid van een patiëntenvereniging of een zelfhulp groep, een goede vriend of vriendin, of een ouderling of pastoraal werker. Deze mantelzorgers krijgen op gezette tijden psychoeducatie en ondersteuning en advies voor de hulp die zij bieden.

BELANG RELIGIEUZE ANAMNESE (naar Scott Richards & Bergin 1997)

- Beter inschatten van iemands wereldbeeld
- Inschatten van de invloed van religieuze overtuigingen op psychiatrische problematiek
- Inschatten van mogelijkheden om gebruik te maken van personen uit de omgeving
- Inschatten van mogelijkheden om gebruik te maken van iemands overtuigingen
- Beoordeling religieuze twijfels, behoeften en preoccupaties

Figuur 1

Dat religieuze overtuigingen ook benut kunnen worden in de therapie klinkt in onze oren nogal onwennig. In de Verenigde Staten, waar de grens tussen psychotherapie en counseling veel vager is dan bij ons, is dat heel anders en verschijnt het ene na het andere boek waarin dit soort integratie wordt bepleit. Een tamelijk gangbare vorm van integratie, ook in de counselingsliteratuur, is bijvoorbeeld een variant van cognitieve therapie waarin gebruik wordt gemaakt van elementen uit de geloofsopvattingen van de patiënt. Bepaalde 'core beliefs', zoals extreme zelfdeprecieatie, kunnen worden bestreden met sterke overtuigingen uit het geloof van de betrokkene. Het laatste punt uit Figuur 1, het beoordelen religieuze twijfels, behoeften en preoccupaties, heeft onder meer als doel om in te schatten of de geestelijke verzorger of genoemde mantelzorgers moet worden ingezet en zo ja, op welk punt. Ook en juist als de psychiater en/of psychotherapeut een beleidsfunctie bekleedt is het van belang dergelijke behoeften in te schatten.

De intake

Laten we eens kijken hoe dat gaat. We beginnen met een aantal oriënterende vragen (zie Figuur 2). In de tekst worden de vragen cursief herhaald.

Intake – 1

(naar Scott Richards & Bergin 1997)

- Is religie/levensbeschouwing belangrijk in uw leven?
- Wilt U religieuze of levensbeschouwelijke vragen ter sprake brengen?

Figuur 2

Is religie, of is levensbeschouwing, belangrijk in uw leven? Men neme niet genoeg met het eerste het beste antwoord op deze vraag. Vaak hebben patiënten een geschiedenis met religie, zeker oudere mensen. De reden om afscheid te nemen van het geloof is niet zelden gelegen in een negatieve ervaring of een gevoel van teleurstelling of woede. Het gebeuren waar deze ervaringen naar verwijzen kan lang geleden hebben plaats gevonden. Vaak praat men er liever niet over. Toch kan kennis van deze ervaringen en gebeurtenissen belangrijk zijn voor een goed begrip van wat er aan de hand is. Het is niet altijd eenvoudig een goede koers te varen tussen milde vasthoudendheid aan de ene kant en respect voor de wensen van de betrokkene aan de andere kant; tussen het laten rusten van oud zeer en het aan de orde stellen van onderliggende conflicten waar de betrokkene eigenlijk nog steeds onder lijdt.

Wilt U religieuze en/of levensbeschouwelijke vragen hier ter sprake brengen? Het hangt er natuurlijk vanaf hoe deze vraag wordt beantwoord. Een prompt en krachtig nee roept vragen op; maar een gretige bevestiging net zo goed. Als de patiënt deze vragen niet bij U wil bespreken, dan misschien wel bij een ander.

Intake – 2

(naar Scott Richards & Bergin 1997)

- Gelooft U in God of een opperwezen?
- Behoort U tot een bepaalde kerk of geloofsgemeenschap?
- Zo ja bent U daarin actief; en hoe Tot welke kerk of geloofsgemeenschap behoorde U als kind?
- Hoe belangrijk waren religieuze of geestelijke overtuigingen voor U toen?

Figuur 3

Gelooft U in God of een opperwezen (zie Figuur 3)? Geen gemakkelijke vraag, maar we zitten hier nog in de oriënterende fase. Op de aard van de relatie met God kan later desgewenst dieper worden ingegaan.

Behoort U tot een bepaalde kerk of geloofsgemeenschap? Ten aanzien van dit punt toont de kennis van de gemiddelde behandelaar nogal wat lacunes. Net zoals de assistent-arts of psychotherapeut in opleiding het een en ander moet weten van het sociale verzekeringsstelsel, van belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen, en iets moet weten van hedendaagse cultuuruitingen, hij of zij ook het een en ander moet weten over de belangrijkste kerkelijk denominaties, geloofsgemeenschappen en de tradities die daar achter liggen. Daarmee zeg ik niet dat religie hetzelfde is als cultuur, maar in de opleiding zit het wel in hetzelfde onderdeel als transculturele psychiatrie en ethiek.

Zo ja bent U daarin actief; en hoe? Onderschat wordt soms hoeveel tijd mensen bezig kunnen zijn in activiteiten die op een of andere wijze verbonden zijn met het kerklid zijn of het aanhangen van een bepaalde levensovertuiging. Ik denk niet alleen aan ouderlingen, diakenen, kerkelijk opbouwwerkers, predikanten en pastores; maar bijvoorbeeld ook aan allerlei vrijwilligersactiviteiten met een ideëel motief.

Tot welke kerk of geloofsgemeenschap behoorde U als kind? Hoe belangrijk waren religieuze of geestelijke overtuigingen voor U toen? Deze vragen zijn bedoeld om zicht te krijgen op de religieuze ontwikkeling, het beloop in de tijd. Die ontwikkeling is ingebed in het geheel van de psychologische ontwikkeling. Ook op deze vraag kan natuurlijk meer of minder uitgebreid worden ingegaan. In de eerste gesprekken kan men volstaan met een korte beantwoording. In een latere fase evenwel kan veel inzicht gewonnen worden door veranderingen in het godsbeeld na te gaan.

Intake – 3

(naar Scott Richards en Bergin 1997)

- Hebt U ooit geestelijke leiding in uw leven ervaren?
- Denkt U dat uw religie of levensbeschouwing U kan helpen bij het overwinnen van uw huidige problemen?
- Denkt U dat religieuze overtuigingen of geestelijke invloeden U hebben beschadigd of bijdragen aan uw probleem?

Figuur 4

Hebt U ooit geestelijke leiding in uw leven ervaren (zie Figuur 4)? De uitdrukking 'geestelijke leiding' is in onze contreien niet zo gebruikelijk. Dat is anders in de Verenigde Staten, waar men spreekt van 'spiritual direction'. Het woord geestelijk betekent hier niet hetzelfde als psychisch of mentaal; maar duidt op transcendentie, op een dimensie van het bestaan die niet empirisch waarneembaar is. Misschien dat we in het Nederlands zouden moeten vragen: ervaart U leiding door God of een andere hogere macht? Of: hebt U ondanks uw huidige problemen toch het idee dat het allemaal ergens toe dient en dat daar een soort kracht of invloed van buiten u zelf een rol in speelt? De vraag kan overigens ook zicht geven op allerlei psychotische belevingen. Ik heb vaak gemerkt dat artsen niet ingaan op de inhoud van een religieuze waan of religieus getinte betrekkingsideeën of op waanachtige gedachten over beïnvloeding. Dat heeft in de eerste plaats te maken met de wijd verstreide gedachte dat de inhoud van wanen er niet toe doet, in het geval van schizofrenie of een andere psychotische stoornis. Maar daarnaast kan ook gène een rol spelen. Ik meen dat waaninhouden er wel toe doen, ook religieuze wanen, omdat ze een indruk geven hoeveel aspecten in het functioneren van de betrokkene in het stelsel van wanen en waanachtige gedachten betrokken is. Men krijgt een indruk van het ziekteinzicht en van het beslag dat de psychose op de persoonlijkheid legt. Door in te gaan op ideeën over spirituele of paranormale krachten en mogelijke beïnvloeding daardoor, kan men soms op een zeer uitgebreide achterliggende wereld waarin ook belangrijke personen uit het leven van de patiënt betrokken zijn. Hoe bizar soms ook, er zijn vaak toch ook flarden van beleven die heel goed invoelbaar zijn.

Denkt U dat uw religie of levensbeschouwing U kan helpen bij het overwinnen van uw huidige problemen? Dat is een vraag die dichter bij huis ligt. Hier komt aan de orde dat mensen troost, hoop en verlangen aan hun levensovertuiging kunnen ontleenen. Religie ondersteunt het repertoire van copingmechanismen. Ze kan niet worden herleid tot een vorm van coping, maar levert wel materiaal aan dat kan worden benut in de psychische defensie.

Denkt U dat religieuze overtuigingen of geestelijke invloeden U hebben beschadigd of bijdragen aan uw probleem? Religieuze overtuigingen kunnen ook schadelijk zijn. Men kan hier denken aan ideeën die mensen hebben over de rechtstreekse inwerking van de satan, demonen, geesten van voorouders of andere paranormale krachten. Soms vertellen mensen veroordeeld te zijn door de heilige Geest of gegrepen te zijn door mystieke ervaringen. Kerkelijke subculturen en met name de verwerking daarvan in het gezin, inclusief de interactionele stijl binnen het gezin, kunnen grote invloed uitoefenen op het zelfbeeld en op de manier waarop attributies zich vormen. Soms treft men een innerlijke monoloog die geheel in het teken staat van de zelfveroordeling, waarbij het meest beklemmende nog is dat betrokkene zelf het zelfverwijt en de zelfveroordeling als volstrekt vanzelfsprekend en als passend beschouwt.

Intake – 4

(naar Scott Richards en Bergin 1997)

- Zou U graag contact willen met uw dominee of met een geestelijke verzorger van deze instelling?
- Vindt U het goed als ik contact opneem met uw dominee (pastor, raadsman, - vrouw)?
- Staat u open voor suggesties van de geestelijke verzorger?

Figuur 5

Zou U graag contact willen met uw dominee of met een geestelijke verzorger van deze instelling (Figuur 5). Dit is een vraag die vermoed ik zelden gesteld wordt in instellingen zonder binding met een bepaalde levensbeschouwing. Het idee dat de geestelijke verzorger en psychiater/psychotherapeut elkaar kunnen aanvullen en elkaar deels overlappende terreinen bestrijken, is nog lang niet overal gemeengoed. Zeker in instellingen waar patiënten langere tijd verblijven, kan de pastor een uitermate betekenisvolle rol spelen rond kerkelijke hoogtijdagen, belangrijke levensgebeurtenissen (geboorte, dood, huwelijk, de komst van een kind) en ook bij de bespreking van bepaalde morele vragen.

Vindt U het goed als ik contact opneem met uw dominee (etc.); en: Staat u open voor suggesties van de geestelijke verzorger? Ik erken dat hier een wereld van vragen ligt. Het makkelijkst is de situatie waarin een geestelijk verzorger verbonden is aan de instelling. Werkend vanuit een model waarin de geestelijk verzorger een dubbel-positie heeft; dat wil zeggen deel uitmaakt van het team, maar tevens een eigen professionaliteit en beroepsgeheim heeft, kan heel goed worden worden samengewerkt. Lastiger ligt het bij pastores buiten de instelling. Het meest praktisch is hier het mantelzorgmodel waar het boven al even over ging. Daarbij is het overigens niet in alle gevallen noodzakelijk de predikant bij de zorg te betrekken – vaak kunnen ook ouderlingen of pastoraal werkers belangrijk werk doen. Naar aanleiding van specifieke vragen en noden kan dan later alsnog contact worden gezocht met de predikant of pastor. Veel zal afhangen van het contact dat er voordien al was tussen de patiënt en de betreffende pastor of predikant. Veel hangt ook af van de kwaliteiten van de betrokken functionarissen in het algemeen. Met een weinig grenzen stellende, wazige en door redders-fantasieën beheerste vaderfiguur is het veel moeilijker samenwerken dan met een stevige, realistische en de eigen beperkingen kennende pastor.

Specifieke aandachtspunten

Na deze vragen kan de behoefte ontstaan om door te vragen op een aantal punten. Ik loop een aantal van die punten na.

Specifieke aandachtspunten

Relatie religie - huidige problematiek

- Rouw
- Schuld
- Schaamte
- Levensfase gerelateerde vragen
- Overdracht en tegenoverdracht

Figuur 6

In de eerste plaats kan worden ingegaan op de relatie tussen religie en onderhavige problematiek (zie Figuur 6). Ook hier is er een mer à boire aan thema's en vragen! Ik begin hier mee, want gevoelens over het hebben van een psychiatrische stoornis en de daarmee samenhangende veranderingen in het zelfbeeld hebben meestal ook een existentiële lading. Onvermogen tot het aangaan van langer durende relaties door impulsiviteit of stemmingswisselingen; verlies van perspectief door schizofrenie of een bipolaire stoornis; levensangst, zelfverwijt en twijfel – stuk voor stuk zijn dit zaken die niet kunnen worden losgepeld uit het psychiatrisch ziek-zijn en die tegelijk vaak een religieuze en levensbeschouwelijke dimensie hebben.

“Religie is een intiem onderwerp”, aldus Corveleyn op het *Religie en Psychiatrie I* congres in 1997. Misschien is het wel het intiemste onderwerp in de spreekkamer. Hier vindt die opmerking zijn praktisch pendant: het ingaan op religieuze en zingevingsvragen rond het psychiatrisch ziekzijn vragen om afstemming, om emotionele fijn tuning; om een uiterste aan individualisering, om behandeling op maat. In bepaalde religies, en zeker in de christelijke religie, heeft religie iets te maken met individualiteit en met het proces van individuatie. In de godskennis weerspiegelt zich de zelfkennis, terwijl de zelfkennis op haar beurt onvoltooid is zonder zelfkennis. Dat is precies wat de grote mannen (en vrouwen) in de godsdienstpsychologie zo in de religie geboeid heeft. Dan denk ik aan James, Rümke, Erikson, Allport, en ook Bergin. Religie is dus meer dan context, meer dan verpakking, meer dan het sausje; meer ook dan normeringskader. Religie heeft te maken met wie ik ben.

Psychiatrische problematiek leidt tot zinvragen. Maar het omgekeerde kan ook: dat niet opgeloste existentiële angst, schuld, schaamte en rouw zich vertalen in fobie, depressie, dwang of aanpassingsstoornis. Niet zelden stagneert een gedragstherapie omdat de exposure leidt tot bijna niet te hanteren rouw en schuld. Er is een manier om toegang te krijgen tot existentiële problematiek, namelijk door levensfase gebonden thema's aan de orde te stellen. Erik Erikson's ontwikkelingsmodel kan daarbij als een opstap dienen. Denk daarbij aan thema's als basaal vertrouwen en basaal wantrouwen, autonomie versus schaamte en twijfel, vermogen tot het nemen van initiatief versus schuld en remming; besef van competentie versus inertie; identiteit versus identiteitsverwarring; intimiteit versus isolatie; generativiteit versus stagnatie; en wijsheid versus wanhoop (de respectievelijke stadia uit de levenscyclus volgens Erikson).

Over overdracht en tegenoverdracht moet ik hier kort zijn. Dat kan ook, omdat hier al een uitvoerige literatuur over bestaat. Dan denk ik wat betreft het Nederlandse taagebied aan het werk van Uleyn, Vergote, Stroeken en Corveleyn; en, wat de buitenlandse auteurs betreft, onder meer aan Meissner, Rizzuto en Spero. Godsbeelden, bewuste en niet-bewuste, kunnen een belangrijke en vaak niet herkende rol spelen in de therapeutische relatie (God als derde persoon in de spreekkamer). Vaak kan aan de hand van het godsbeeld ook een indruk worden

gekregen van het vermogen tot het vormen van objectrelaties en de kwaliteit van objectrelaties. Splitsing in het godsbeeld kan een indruk geven van de ik-sterkte en met name van het vermogen tot integratie van tegenstrijdige ervaringen.

Specifieke aandachtspunten

Relatie met God

- Godservaring
- Zondebesef
- Bidden
- Kerkgang
- Avondmaal, communie
- Leer en leven

Figuur 7

Om de relatie met God op nog andere manieren in beeld te krijgen kan men vragen naar ervaringen die zijdelings met Hem te maken hebben of naar religieuze praktijken zoals bidden, kerkgang, avondmaal en communie (zie Figuur 7). Zondebesef kan het leven neerdrukken. De godservaring is zo divers als de menselijke beleving divers is. Sommige mensen, met name uit evangelische kring, neigen sterk tot een religieuze duiding van allerlei ervaringen en klachten; het attributieproces kiest een religieus kanaal. De psychiater of psychotherapeut hoeft zijn gangbare voorbehoud ten aanzien van deze attributies niet op te geven; de patiënt is vaak al een heel stuk gebaat als de psychiater of psychotherapeut laat merken dat er meer tussen hemel en aarde is dan de wetenschap, laat staan de psychiatrie, kan bevatten.

Specifieke aandachtspunten

Geloofsinhoud

- Orthodox - vrijzinnig – agnostisch
- Kennis
- Visie op huidige problematiek
- Schuld en boete
- Voortbestaan na de dood
- Ethische opvattingen

Figuur 8

Soms kan het nodig zijn gedetailleerd in te gaan op de inhoud van de geloofsopvattingen (zie Figuur 8). Denk bijvoorbeeld aan een vrouw uit de gereformeerde gemeenten die haar man op jonge leeftijd verliest, achterblijft met een kind en die al vier jaar depressief is en letterlijk ontoestbaar, omdat zij niet weet of haar man het eeuwige heil heeft ontvangen. Het kan een heel karwei zijn om uit te maken of het hier om genuïne geloofservaring gaat of om een bescherming tegen ambivalentie in het kader van rouw (of beide). Nog een voorbeeld: soms worden religieuze opvattingen in een manipulatieve zin gebruikt. Ze vormen een hermetisch scherm. Over wat daarachter ligt mag niet doorgevraagd worden. "Ons geloof staat het niet toe dat we anticonceptie gebruiken, dus ..." En zo kan er niet doorgevraagd worden over de

interactionele dynamiek tussen de man en de vrouw; over hun onderlinge machtsstrijd; over de hele en halve compromissen die er gesloten worden.

Gezond en ziekmakend geloof
(Scott Richards & Bergin 1997)

- Intrinsiek versus extrinsiek
- Groeibevorderend versus perfectionistisch
- Vernieuwend versus rigide-autoritair
- Interpersoonlijk versus narcistisch
- Ondersteunend versus agressief
- Verzoenend versus onderwerpend
- Inspirerend versus hyperspiritueel/occult

Figuur 9

Daarmee komen we op een ingewikkeld punt. Soms is het niet mogelijk het oordeel over de inhoud van het geloof op te schorten. Aan de andere kant getuigt iedere oordeel over de vraag of een bepaalde vorm van geloof gezond of ziekmakend is, zelf ook weer van gebondenheid aan bepaalde waarden en normen. Een houvast bieden de aandachtspunten die Scott Richards & Bergin (1997) noemen (zie Figuur 9), ook al is de door hen aangedragen indeling niet waardevrije. Zo is de onderscheiding tussen intrinsiek en extrinsiek een oude bekende. Ze is afkomstig uit het werk van Gordon Allport. De term intrinsiek wil zeggen dat iemand gekomen is tot een persoonlijke toeëigening van geloofsopvattingen; deze zijn deel geworden van zijn of haar kijk op de wereld. Extrinsiek zijn die vormen van religieus beleven waarin eigen opvattingen en waarderingen worden bepaald door externe factoren, door wat 'men' vindt, bijvoorbeeld door wat de bijbel of de kerk er over zegt, los van eigen verwerking en ervaring.

Wie dit criterium op zich in laat werken, merkt dat het zelf uitgaat van een bepaalde visie op geestelijke gezondheid – in dit geval de visie dat die opvattingen 'gezond' zijn die men zich persoonlijk en bewust heeft toegeëigend. Daarachter kan men trekken van een bepaald mensbeeld vermoeden, met name van een humanistisch mensbeeld. Ik erken onmiddellijk dat aspecten van dit mensbeeld ook in het christelijke mensbeeld terug te vinden zijn, met name het accent op persoonlijke verantwoordelijkheid. De gedachte evenwel dat een bepaalde waarneming, gedachte of wens pas betekenis krijgt als ze door mij bewust en met aandacht wordt beaamd en aldus subjectief toegeëigend, ligt toch meer in het verlengde van het denken van de Verlichting.

Het normatieve gehalte van dit soort oordelen valt ook af te lezen aan het tweede en derde criterium. Groei en vernieuwing zijn termen die herinneren aan de humanistische psychologie en de ideologie van de individuele zelfexpressie. De term 'normatief' heeft een uitgesproken pejoratieve betekenis in het psychiatrisch taalgebruik. "Patiënte komt uit een normatief milieu", zo kan men lezen; men bedoelt: "patiënte komt uit een milieu met een rigide en autoritaire manier van contactleggen". Een normatieve opstelling wordt dus geassocieerd met onderdrukking en uitsluiting – ten onrechte uiteraard.

In de praktijk stuit men nogal eens op een lastige beoordelingskwestie. Is het zelfopofferende gedrag nu altruïsme, of zet de betrokkene zichzelf klem of straft ze zichzelf? Men lette in dat geval op de kwaliteit van de interacties – echt altruïsme geeft niet alleen de ander maar ook zichzelf de ruimte; zelfopoffering in een ziekmakende zin is vaak gemengd met nauw verholen woede; ze heeft een zelfbestraffende kleur, hoe subtiel soms ook.

Een verdere uitwerking van de stadiaindeling van Erik Erikson, maar nu toegepast op het geloof en rekening houdend met opvattingen van Gordon Allport en Jean Piaget, vindt men in Figuur 10.

<p>Specifieke aandachtspunten</p> <p><i>Stadia van geloven (Fowler 1981)</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Primordiaal• Intuïtief-projectief• Mythisch-lyrisch• Synthetisch-conventioneel• Individuerend-reflexief• Conjunctief• Universaliserend

Figuur 10

Het gaat in deze figuur om de geloofsstadia zoals die door James W. Fowler (1981) worden onderscheiden. Het voert te ver al deze stadia hier te bespreken. De termen spreken voor een deel voor zich en duiden stuk voor stuk op een bepaald stadium in de mentale ontwikkeling (hoe verder naar onder, hoe volwassener).

Verschillen in religieuze achtergrond

Ik wil deze bijdrage besluiten door kort in te gaan op enkele aandachtspunten bij specifieke groeperingen van patiënten. Ik beperk me tot aandachtspunten in de anamnese; terwijl ik voorts een selectie maak uit wat in de Figuren 11-15 wordt opgesomd.

<p>Katholieke patiënten – speciale aandachtspunten</p> <ul style="list-style-type: none">• Religieuze praktijk (communie, wijdingen, biecht)• Sceptis ten opzichte van autoriteiten• Therapie – biecht• Seksuele remming

Figuur 11

Katholieke patiënten verschillen onderling zeer. Als men te maken heeft met patiënten van katholieke komaf is het goed iets te weten van communie en biecht en van het systeem van wijdingen. Wat in het algemeen opvalt is de heel andere wijze van omgaan met conflicten en, in samenhang daarmee, met hiërarchische verhoudingen. Soms treft men submissief gedrag; soms passief verzet. Men onderkent de kerkelijke hiërarchie, maar men verhoudt zich daar losjes toe of zet er zich tegen af. Aan de ene kant is het kerkelijk gezag volstrekt vanzelfsprekend, aan de andere kant is het net zo vanzelfsprekend om eigen wegen te gaan.

Ook tussen protestantse patiënten bestaan er grote verschillen. Als we even afzien van de lutherse en de remonstantse kerken is protestants Nederland een vijfstromenland. Vanouds is er de protestantse moederkerk, de hervormde kerk -- momenteel overigens in een proces van eenwording met de kerk die zich in 1834 en 1886 van haar afscheidde, de gereformeerde

kerk. Daarnaast is er een grote groep zgn. bevindelijk gereformeerden, afkomstig uit de Christelijk-gereformeerde kerken, de gereformeerde bond in de hervormde kerk en de gereformeerde gemeenten. Dan zijn er de vrijgemaakten en nederlands-gereformeerden die een voortzetting zijn van de klassieke gereformeerde traditie vanaf het eind van de vorige eeuw. En tenslotte is er groeiende groep evangelischen: baptisten, methodisten, mensen van de pinkstergemeente en de vergadering der gelovigen.

Protestantse patiënten – speciale aandachtspunten

- Verschillen: hervormd, bevindelijk-gereformeerd, 'gewoon' gereformeerd, luthers, remonstrants, evangelisch
- Uitverkiezing en lijdelijkheid
- Zondebesef en religieus perfectionisme
- Pathologische tolerantie
- Symbiose en afhankelijkheid

Figuur 12

Al deze groeperingen kennen een eigen klimaat en interactionele stijl, passend bij bepaalde geloofsopvattingen, waarbij vanouds de bevindelijk gereformeerden en de evangelischen, overigens om uiteenlopende redenen, het minst gemakkelijk de drempel naar de hulpverlening nemen. Van belang bij de bevindelijken zijn vooral het sterke accent op de uitverkiezing en de sterke gerichtheid op het van godswege geroepen (of uitverkoren) zijn. Deze gerichtheid op het initiatief van godswege kan uitmonden in een lijdelijke houding ten aanzien van ziekte en ongeluk; een lijdelijkheid die voor een deel ook weer aan het zicht wordt onttrokken en ongedaan gemaakt door sterke onderlinge solidariteit.

Tenslotte moeten ook de werklust en gezagsgetrouwheid van deze groepering genoemd worden. Diezelfde werklust en gezagsgetrouwheid treft men ook bij de klassiek-gereformeerde groepering, die van de vrijgemaakten en nederlands-gereformeerden, maar dan juist gecombineerd met een cultuurgerichte (in plaats van cultuurmijdende) houding en daarbij passende gerichtheid op de omringende wereld. Evangelischen zijn vanouds daarentegen in maatschappelijk en cultureel opzicht meer naar binnen gericht. Zij concentreren zich op de persoonlijke relatie met God, hetgeen gepaard gaat met een extrovert geloof. In geval van psychiatrische problematiek neigen zij tot een primair religieuze duiding van de situatie (zie Figuur 12). Conflicten worden nogal eens vermeden of worden onvoldoende onderkend. Zoals het protestantse geloof wel eens wordt beschreven als een 'dwangneurotisch' geloof; zo zouden sommige vormen van evangelische beleving kunnen worden beschouwd als theateraal getint. Door de veel vrijere liturgie en geloofsbeleving in het algemeen past deze groepering beter bij mensen met een neiging tot zelfdramatisering (waarmee uiteraard niet beweerd wil zijn dat het evangelisch geloof een theateraal geloof is).

In alle drie de genoemde groeperingen (bevindelijken, gereformeerden en evangelischen) kan zondebesef gepaard gaan met sterk religieus perfectionisme, waarbij bij de bevindelijken het accent meer valt op het zondebesef en bij de andere twee op het religieuze perfectionisme.

Evangelische patiënten – aandachtspunten

- Primair religieuze duiding van psychische en psychiatrische problematiek
- Overdekking door het tegendeel en loochening

- Symbiose
- Religieuze kanalisering van 'hysterie'

Figuur 13

Het gaat hier uiteraard om een grove schets, die lang niet toereikend is om alle variatie te verklaren.

Wat opvalt bij patiënten uit met name de evangelisch hoek is dat men vaak pas laat hulp inroept; de drempel is kennelijk hoog. Soms speelt daarbij nog wat anders mee, namelijk de grote en soms pathologische tolerantie voor afwijkend gedrag -- vaak gemotiveerd vanuit de norm van naastenliefde en onderling diensbetoon.

Bij joodse patiënten moet men allereerst bedacht zijn op de verschillende soorten joods geloof en de ethnische achtergrond van de verschillende joodse groeperingen. Sefardische joden, uit Noord-Afrika, verschillen van de Ashkenazi's uit Polen en Rusland; en dezen op hun beurt van de (mystieke) Chasidim uit Midden- en Oost-Europa. Tussen vrijzinnige en orthodoxe joden bestaan grote verschillen in geloofsbeleving en in de manier waarop aan de geloofsbeleving uiting wordt gegeven. Vaak speelt de moeder een belangrijke (dominerende) rol. Familieverbanden zijn so wie so belangrijk, en tegelijk soms beladen en ambivalent vanwege het holocaust verleden en het zwijgen daarover.

Joodse patiënten – aandachtspunten

- Verschillen: ashkenazi, sefardisch, chassidisch, modern, conservatief
- Spijswetten
- Rol van de moeder
- Belang van de familie
- Holocaust gerelateerde thema's

Figuur 14

Ook tussen islamitische patiënten bestaan grote verschillen (zie Figuur 15). In meer orthodoxe interpretaties van het moslimgeloof ligt een sterk accent op de heerschappij van Allah en op een wereld waarin rechtvaardigheid heerst. In de moslimwereld is het tamelijk gebruikelijk dat kerkelijke leiders worden ingezet voor het beslechten van huwelijks- en andere relationele problemen.

De islam kent een andere verhouding tussen man en vrouw dan Europeanen gewend zijn. Rond huwelijk en seksualiteit kunnen grote moeiten ontstaan, als de vrouw zich niet voegt naar wat voor haar beschikt is. Met name bij de tweede generatie jongeren van Turkse en Noordafrikaanse afkomst leidt dit vaak tot grote spanningen.

Islamitische patiënten – aandachtspunten

- Grote verschillen
- Sterke nadruk op de leiding van Allah

- Religieuze leiders ook betrokken bij het beslechten van relationele problemen
- Man-vrouw verhouding (kleding, seksualiteit, uithuwelijken)
- Verhouding tot verwanten in thuisland

Figuur 15

Besluit

De religieuze anamnese is niet maar een sausje voor de liefhebber, maar vormt een substantieel deel van het werk van de psychiater en/of psychotherapeut. In een snel veranderende samenleving is het van belang aandacht te besteden aan deze anamnese, juist omdat veel mensen hun traditionele zekerheden kwijt zijn geraakt en nu op existentieel en levensbeschouwelijk gebied zoekende zijn. De tekst bood een oriëntatie in het onderwerp, niet meer en ook niet minder. Wie zich verder in het onderwerp wil verdiepen, zij verwezen naar het werk van Bouwer (1998), Draper *et al.* (1965), en Fitchett (1993). Wie zich in een bredere zin wil oriënteren zij onder meer verwezen naar het werk van Bughra (1996), Glas (1998), Koenig (1998), Shafranske (1996), en Wulff (1991).

Literatuur

- Bouwer, J. (1998). *Pastorale diagnostiek. Modellen en mogelijkheden*. Zoetermeer: Boekencentrum.
- Bhugra, D. (Ed.) (1996). *Psychiatry and Religion. Context, Consensus and Controversies*. London/NY: Routledge.
- Draper, E., Meyer, G.G., Parzen, Z., Samuelson, G. (1965). On the diagnostic value of religious ideation. *Archives of General Psychiatry*, 13, 202-207.
- Fitchett, G. (1993). *Assessing Spiritual Needs: A Guide for Caregivers*. Minneapolis: Augsburg Fortress.
- Fowler, J.W. (1981). *Stages of Faith: The Psychology of Human Development and the Quest for Meaning*. San Francisco: Harper.
- Glas, G. (red.) (1998). *Psychiatrie en religie. De bijna verloren dimensie*. Nijmegen: KSGV.
- Koenig, H. (Ed.) (1998). *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego: Academic Press.
- Scott Richards, P., Bergin, A.E. (1997). *A Spiritual Guide for Counseling and Psychotherapy*. Washington: American Psychological Association (met name hoofdstuk 8).
- Shafranske, E.P. (Ed.) (1996). *Religion and the Clinical Practice of Psychology*. Washington: American Psychological Association (met name hoofdstuk 12).
- Wulff, D.M. (1991). *Psychology of Religion*. New York: John Wiley & Sons.

* Dit is de bewerkte tekst van een lezing die ondergetekende hield tijdens het symposium *Religie in het pakket?*, tijdens het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, gehouden op 29-31 maart 2000 te Maastricht.

Personalia

Prof.Dr. Gerrit Glas is psychiater in het Universitair Medisch Centrum Utrecht en bijzonder hoogleraar reformatische wijsbegeerte aan de faculteit wijsbegeerte van de Universiteit Leiden. Correspondentie: Afd. Psychiatrie UMC-Utrecht, P.O.Box 85500, 3508GA Utrecht; of g.glas@psych.azu.nl