

HETTY ZOCK

Gezond of ongezond geloof: standaard, context, normativiteit

HEALTHY OR UNHEALTHY FAITH: STANDARD, CONTEXT, NORMATIVITY

This contribution considers the functionality of religious beliefs and practices from the angle of the psychology of religion. The role of religion in the main standard for mental health (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders) is discussed and research findings about the relation between religion and mental health are summarized. It is argued that to determine if a specific religious belief or practice is healthy or unhealthy, we need a fundamentally contextual approach, which takes into account not only the cultural and religious context but also the life-history and personal stance (normativity) of religious authorities, care professionals, patients and believers. The case of depression serves as an example.

‘Aan de vruchten kent men de boom’

Functionaliteit van religie

Gezondheid is op dit moment een van de belangrijkste waarden in de westerse wereld. De gezondheidszorg vormt de grootste post op de begroting, er breekt paniek uit als er een verwaarloosbare hoeveelheid schadelijke stof gevonden wordt in eieren of potjes pindakaas, en er verschijnen talloze publicaties van foodies en bevlogen deskundigen die uitleggen hoe je gezonder kunt leven. De vraag of religie¹ ‘gezond’ of ‘ongezond’ is past in dit plaatje en is ook anderszins maatschappelijk zeer actueel. In de media wordt religie vaak direct geassocieerd met geestelijke ongezondheid en gezien als ‘ongezond’, slecht voor samenleving en welzijn. Religieus gedrag zou gepaard gaan met fundamentalisme, polarisatie en onverdraagzaamheid jegens andersdenkenden en andersgezinden.

¹ In internationaal onderzoek wordt in de regel gesproken van ‘religion and spirituality’ om het religieuze domein aan te duiden. Hieronder worden zowel institutionele, traditionele als meer individuele vormen van religiositeit en spiritualiteit worden gerekend. De term ‘geloof’ verwijst in dit verband niet naar een geloofssysteem, maar naar een persoonlijke religieuze praktijk. Voor de leesbaarheid spreek ik in dit artikel kortweg van ‘religie’ of ‘geloof’.

Wat is ‘gezond’ geloven? Hoe wordt dat bepaald en welke standaarden worden daarbij gehanteerd? In dit artikel bespreek ik deze vraag vanuit religiepsychologisch perspectief. Een aanzienlijk deel van de religiepsychologie richt zich op thema’s als de relatie tussen (geestelijke) gezondheid en religie, de bijdrage van religie aan coping en de relatie tussen religie en pro sociaal gedrag.²

De vraag naar (on)gezond geloven is in feite een vraag naar de functionaliteit van religie. ‘Aan de vruchten kent men de boom’. Dit Bijbelcitaat (Mt. 12:33) was de lijfspreuk van William James, filosoof en beschouwd als de grondlegger van de (religie)psychologie. Hij behoorde tot de stroming van het pragmatisme, dat als uitgangspunt heeft dat waar is wat ‘werkt’, wat functioneel is. En dat gold volgens hem ook voor religie: het gaat om de uitwerking van religiositeit in het leven van mensen – om de vruchten van religie.

Geloof doet wat met mensen. Het kan, in sterkere of in mindere mate, een positief of negatief effect hebben op iemands persoonlijk functioneren en op het menselijk samenleven. Grofweg kunnen er twee soorten functies van religie onderscheiden worden, persoonlijke en sociale. Persoonlijke functies zijn bijvoorbeeld de hulp bij *coping* (omgaan met moeilijke situaties in het leven) en bij zingeving. Religieuze tradities bieden een oriëntatiekader voor het maken van levenskeuzes en het nemen van morele beslissingen; religie is in het bijzonder relevant voor existentiële zingeving (betekenis geven aan contingente ervaringen, vragen rond eindigheid, lijden, ziekte en dood). Sociale functies van religie zijn: steun van geloofsgemeenschap en medegelovigen (de koffie na de dienst, maaltijden voor ouderen); hulp bij identiteitsvorming (identificatie met een groep, rolmodellen); stimulans tot pro sociaal gedrag (vrijwilligerswerk, giften); en samenbinden van een groep (hier dreigt gelijk ook het gevaar van buitensluiting van ‘anderen’ en andere groepen – ‘God’s own country’).

Geloofskwaliteit is ook te bestuderen met een focus op de inhoud; dat gebeurt elders in dit themanummer. Hier ligt de focus op de functionaliteit van religie: Wanneer noemen we geloof functioneel en wanneer disfunctioneel? Religie (geloofsopvattingen en religieuze praktijken) wordt dus beschouwd in haar hoedanigheid als hulpbron. Dit uitgangspunt impliceert overigens niet

² K.I. Pargament, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*, New York–London 1997; R.W. Hood, P.C. Hill, B. Spilka, *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*, New York–London 2009⁴, ch. 13, 435–475; H.G. Koenig et al. (ed.), *Handbook of Religion and Health*, New York 2012²; R.F. Paloutzian, C.L. Park, *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*, New York 2013², ch. 26 t/m 30, 519–616.

noodzakelijkerwijs, zoals we zullen zien, dat religie gereduceerd wordt tot haar functionaliteit en dat haar inhoud buiten beschouwing gelaten wordt.

De opzet is als volgt. Eerst zullen de mogelijke verbanden tussen religie en geestelijke (on)gezondheid uiteengezet worden, geïllustreerd aan de hand van vignetten. Vervolgens zal aan de orde komen wat de meest invloedrijke psychologische standaard in Nederland, 'Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5'³, zegt over religie. Aan de hand van de casus van depressiviteit – volksziekte nr. 1 – zal de relatie tussen religie en geestelijke (on)gezondheid verder verkend worden. Mijn belangrijkste stelling is dat een contextuele benadering altijd nodig is om te bepalen wat gezond dan wel ongezond geloof is. Objectiverende standaarden voldoen niet. We stuiten altijd op de vraag naar de context, achterliggende normativiteit en theoretische uitgangspunten van standaarden.

[VIGNETTEN IN EEN APART BLOK? Horen bij volgende paragraaf]

Mevrouw Jansen, 68 jaar, is altijd met de kerk bezig. Ze is lid van de kerkenraad, bezoekt zieke gemeenteleden, en is iedere zondagmorgen vroeg in de kerk om hand- en spandiensten te verrichten. Als lid van Amnesty International organiseert ze de maandelijkse schrijffavonden.

Gezond of ongezond geloof?

Mohammed, 34 jaar, is met zijn ouders in Nederland komen wonen toen hij 8 jaar was. Hij leest ineens steeds vaker in de Koran, bezoekt regelmatig de moskee en laat zijn baard groeien.

Gezond of ongezond geloof?

Een vrije baptistengemeente groeit als kool. Er wordt onder andere een gebedsgroep aangeboden voor mensen met relatieproblemen en gespreksgroepen voor jongeren.

Gezond of ongezond geloof?

Jannie, 49 jaar, heeft al sinds haar jeugd reuma en stemde bij de laatste verkiezingen op de Partij voor de Dieren. Ze bezocht vroeger regelmatig bijeenkomsten van Jomanda. In haar woonkamer heeft ze een huissaltaartje, met foto's, kaarsen en steentjes.

³ *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5*, Amsterdam 2014. (American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5)*, Arlington 2013, vertaald door M.W. Hengeveld.)

Gezond of ongezond geloof?

Broeder Martinus, 70 jaar, ligt wel erg lang op zijn knieën te bidden voor het altaar in de kerk, buiten de vaste gebedstijden om. Zijn medebroeders in het klooster klagen er over dat ze moeilijk contact met hem krijgen over de verdeling van de dagelijkse taken.

Gezond of ongezond geloof?

Een contextuele benadering

Verbanden tussen religie en geestelijke (on)gezondheid

De uitkomsten van empirisch psychologisch onderzoek naar de relatie tussen religie en geestelijke gezondheid zijn heel verschillend en zelfs tegenstrijdig.⁴ Uit de onderzoeken blijkt dat religie zowel schadelijk kan zijn en pathologie kan verergeren of veroorzaken, als groei en welzijn kan bevorderen. De relatie is *bi-directional*: er zijn zowel positieve als negatieve effecten, afhankelijk van modererende factoren zoals leeftijd, gender, inkomen en denominatie.⁵ Het is wel zo dat een kleine meerderheid van de onderzoeken aantoont dat religieuze betrokkenheid (in welke vorm dan ook) een positief effect heeft op het welzijn van mensen,⁶ maar er is nooit een direct, oorzakelijk verband aan te wijzen tussen een bepaalde geloofsopvatting of religieuze praktijk en de uitwerking hiervan op een individu of groep.

Hierbij moet aangetekend worden dat empirisch onderzoek naar religie en gezondheid de nodige methodische problemen kent. Er worden vaak appels en peren vergeleken. Allereerst wordt ‘religie’ vaak heel verschillend geoperationaliseerd door de verschillende onderzoekers: als geloofsovertuigingen, kerkklidmaatschap, religieuze ervaringen of religieuze praktijken. Religie is immers een multidimensionaal fenomeen.⁷ Verder kan de culturele en religieuze context waarin het onderzoek gedaan wordt heel verschillend zijn. Het effect van bidden op geestelijk welzijn van bewoners van een zwarte wijk in Atlanta kun je moeilijk vergelijken met dat van studenten in Groningen. Tenslotte kunnen de achterliggende concepten en theorieën en de

4 H.G. Koenig, ‘Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review’, *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie* 54 (2009), 5, 283–91.

5 C.L. Park, J.M. Slattery, ‘Religion, spirituality, and mental health’, in Paloutzian, Park, *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*, 540–559, 545-546.

6 Dit effect is gekoppeld aan positieve vormen van religieuze coping, die bijdragen aan het omgaan met tegenslag en ziekte. Pargament, *The Psychology of Religion and Coping*; K.I. Pargament, G.G. Ano, A.B. Wachholtz, ‘The Religious Dimension of Coping: Advances in Theory, Research, and Practice’, in Paloutzian, Park, *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*, 560–579.

7 Hood, Hill, Spilka, *The Psychology of Religion*, 33-36.

psychologische meetinstrumenten die gebruikt worden om psychische variabelen (zoals depressiviteit) te meten heel verschillend zijn. Kortom, empirisch-statistisch onderzoek naar de relatie tussen religie en gezondheid is razend ingewikkeld, en leidt niet tot een onderbouwing van de in de publieke opinie vaak gehoorde uitspraken dat religie hetzij goed, hetzij slecht is voor mensen en voor de samenleving.

In plaats van het doen van algemene uitspraken levert een contextuele benadering meer inzicht op. Van Uden en Pieper onderscheiden, in navolging van Spilka et al., vijf mogelijke verbanden tussen religie en geestelijke gezondheid:

1. *Religie als therapie*. Religie kan geestelijke gezondheid en welzijn verbeteren en kan 'helen', genezen. Een voorbeeld is religie als *coping*. Denk aan rituelen bij moeilijke levensgebeurtenissen, zoals gebed en ziekenzalving bij ziekte, begrafenisrituelen, of het maken van een pelgrimstocht naar Santiago de Compostella na het overlijden van een kind. Maar denk ook aan collectieve coping zoals stille tochten na terreuraanslagen en het neerleggen van kaarsjes, foto's en beertjes op de plek van een auto-ongeluk. Dit soort rituelen helpen emoties te uiten en te kanaliseren en bieden een interpretatiekader om wat onbegrijpelijk en onverteerbaar is een plek te geven. Zo helpt het dagelijkse ritueel bij haar huisaltaartje Jannie om met haar reuma om te gaan; het geeft haar rust. Ze gelooft trouwens helemaal niet dat Jomanda haar reuma kan genezen, maar het contact met lotgenoten op de bijeenkomsten steunt haar.

2. *Religie als onderdrukking van afwijkend of problematisch gedrag*. In de tweede plaats kan religie afwijkend of problematisch gedrag onderdrukken, door religieuze socialisatie. Zo stoppen probleemjongeren die lid worden van de Vrije Baptistengemeente met hun *binge*-drinken en het gebruiken van drugs. Ze gaan beter hun best doen op school en stellen zich thuis behulpzamer op.

3. *Religie als toevluchtsoord*. Ten derde kan religie als toevluchtsoord dienen, bijvoorbeeld als een veilige haven voor mensen met jeugdtrauma's en met psychiatrische aandoeningen die daardoor eenzaam zijn en moeite hebben om zich te hechten. Sekten kunnen aantrekkingskracht hebben op afhankelijke, onvolwassen persoonlijkheden, kloosterorden op mensen met neurotische trekken.

4. *Religie als uitdrukking van pathologie*. Ten vierde kan religie psychische problematiek verhullen, doordat het de gestalte krijgt van religieus gedrag. Religie is dan expressie van psychische problematiek. Zo kan de grenzeloze

8 M.H.F. Uden, J.Z.T. Pieper, *Religie in de geestelijke gezondheidszorg*, Tilburg 1996, 12–34; B. Spilka, R.W. Hood, R.L. Gorsuch, *The Psychology of Religion. An Empirical Approach*, Englewood Cliffs 1985.

pastorale inzet van een geestelijke of predikant een vroegkinderlijk gemis aan aandacht verhullen.

5. *Religie als gevaar voor geestelijke gezondheid.* Tenslotte kan religie psychische problematiek verergeren of veroorzaken.

Neem mevrouw Jansen, dat waardevolle gemeentelid die niemand zou willen missen, en die prosociaal gedrag vertoont en stimuleert. Is zij een gezond en intrinsiek gemotiveerde gelovige, die als het nodig is steun heeft aan haar geloof? Het zou ook kunnen zijn dat zij in haar kerkelijke activiteiten vlucht om niet alleen te hoeven zijn; om de rouw voor haar een aantal jaar geleden overleden man, met wie ze een moeilijke relatie had, niet te hoeven voelen. Wat een behulpzaam, tijdelijk coping mechanisme was in de eerste periode na zijn dood (sociale steun, afleiding), zorgt er nu voor dat ze haar rouw en de vroegere relatieproblemen verdringt; haar depressieve klachten worden erger. Maar het zou ook kunnen zijn dat haar enorme inzet en prosociale gedrag een uitdrukking is van een gebrek aan eigenwaarde, ‘ik ben niets waard, ik besta alleen maar als ik iets voor anderen doe’. Het is ook mogelijk dat beide tegelijk aan de orde zijn.

En wat is er aan de hand met Mohammed die zoveel in de Koran leest? Is er sprake van frustratie omdat hij geen werk kan vinden, identiteitsverlies en vervreemding van zijn omgeving? Een dreigende decompensatie? Dat is mogelijk, maar zijn gedrag kan evengoed een uiting zijn van een nieuwe religieuze interesse. Misschien is zijn eigen vader overleden, en heeft hij zich, onder de indruk van de islamitische rouwrituelen, weer tot de Islam gekeerd. Of misschien is hij zelf net vader geworden en is hij op zoek naar wat hij zijn zoon wil meegeven in het leven.

Tot slot broeder Martinus, die steeds maar ligt te bidden. Misschien had hij altijd al dwangmatige trekken. De vele regels in het klooster, in het bijzonder rond bidden, pasten bij hem, en zijn dwangmatige trekken vielen niet op. Nu hij ouder wordt, verergeren zijn dwangklachten en dat uit zich onder andere in zijn bidden. Het is ook mogelijk dat hij nog het nodige te verwerken heeft uit zijn jeugd, met zijn vader met een kleine letter, van wie hij weinig vertrouwen en liefde heeft meegekregen. Of is zijn terugtrekken en excessieve bidden een aanwijzing voor een dreigende psychose – of eerder van een sterker wordend mystiek verlangen? Misschien lopen ook hier verschillende van deze processen naast en door elkaar.

Dit zijn zomaar een aantal scenario’s die aan de orde zouden kunnen zijn bij de beoordeling van geloof. Wat ik hiermee wil laten zien is dat er geen algemene uitspraak kan worden gedaan over het al of niet gezond zijn van een bepaalde religieuze gedraging of overtuiging. Dezelfde geloofspraktijk (zoals

op de grond voor het altaar liggen bidden) kan zowel als ‘geestelijk gezond’ en als ‘geestelijk ongezond’ beoordeeld worden. Ook is het mogelijk dat verschillende dimensies van religie verschillende functies voor iemand vervullen, en dat de functies van een zelfde geloofspraktijk sterk verschillen door het leven heen.

Kortom, het hangt van de context af of een bepaald religieus gedrag gezond of ongezond genoemd kan worden. Dat moet altijd bekeken worden tegen de achtergrond van iemands levensgeschiedenis, persoonlijkheid, geestelijke huishouding en sociale, culturele en religieuze context. Zo is het mogelijk dat iemand die luid roepend onverstaanbare taal uitslaat een psychose heeft, maar als dat gebeurt in de context van een pinkstergemeente, waar regelmatig in tongen gesproken wordt, hoeft het dat niet te zijn. Het vele bidden van broeder Martinus komt in een ander licht te staan als hij in een contemplatieve orde leeft, en zijn medebroeders ook vaak liggend voor het altaar bidden.

Normativiteit

Een contextuele benadering impliceert ook aandacht voor de normativiteit van beoordelingen van de functionaliteit van religieus gedrag. Wie bepaalt de criteria voor ‘gezond’ en ‘ongezond’? Religieuze autoriteiten of psychiaters en psychologen? Of de patiënten en de gelovigen zelf? Achter psychologische modellen zitten ook heersende culturele opvattingen en waarden. Ongeschreven waarden over wat belangrijk geacht wordt en wat niet: bijvoorbeeld autonomie en zelfredzaamheid, goed zorgen voor jezelf of juist voor anderen. Maar ook als verschillende (psychologische of geestelijke) hulpverleners zo zorgvuldig mogelijk alle aspecten van iemands context bekijken en dezelfde modellen gebruiken, dan nog zal er zelden een uniform oordeel uitkomen. De eigen levensbeschouwelijke insteek, context en levensgeschiedenis spelen een rol. Een psychiater in het zuiden van het land die zelf een broer heeft die kloosterling is zal anders naar broeder Martinus kijken dan een seculiere psychiater uit de grachtengordel.

Er kan dus geen algemene uitspraak gedaan worden over of een bepaald religieus gedrag gezond of ongezond is. Contextueel onderzoek en reflectie op normatieve uitgangspunten zijn vereist. Daarom zijn standaarden op dit gebied problematisch: standaarden moeten abstraheren en generaliseren, en dan raken context en persoonlijke insteek sneller uit het oog. Een hermeneutische, narratief-interpretatieve benadering is daarom geschikter dan de gangbare, op meetbare en vergelijkbare symptomen gerichte, objectiverende benadering in de evidence-based georiënteerde geestelijke gezondheidszorg. Dit zal nu geïllustreerd worden aan de hand van DSM-5.

Classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)

Diagnostic Statistical Manual, ontwikkeld door de American Psychiatric Association (APA), is de standaard bij uitstek voor de diagnostiek van psychische stoornissen in de USA en in vele andere landen, waaronder Nederland.⁹ De eerste versie stamt uit 1952, de vijfde, huidige versie uit 2013. Op instigatie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is dit handboek sinds 1 januari 2017 leidend voor de klinische praktijk in Nederland. De consequentie hiervan is dat je een DSM diagnose van een erkende psycholoog, arts of psychiater nodig hebt om de daarbij horende zorg vergoed te krijgen. Alleen dan kun je je (rechtmatig) ziekmelden of arbeidsongeschikt verklaard worden. Of iemand ‘psychisch’ gezond is, wordt dan dus bepaald door een (psychologisch/medisch) deskundige – en indirect door de politiek. De DSM standaard heeft daarom veel macht.

DSM is symptoom gericht; het handboek biedt een classificatie van psychische stoornissen, maar zegt weinig over ontstaan en behandeling van die stoornissen. De theorieën daarover zijn eenvoudigweg te verschillend om tot overeenstemming te komen. Een psychodynamische verklaring van mentale processen verschilt zeer van een verklaring vanuit de cognitieve of de humanistische psychologie. Door theoretische verschillen te overstijgen, heeft DSM internationale samenwerking en onderzoek sterk bevorderd; tegenwoordig komt bijvoorbeeld, in tegenstelling tot vroeger, de diagnose ‘schizofrenie’ in verschillende landen overeen. Nadeel van de symptoomgerichte focus is dat theorie en context niet in beeld komen. De vertaalslag naar de individuele patiënten in hun eigen situatie vereist een andere insteek die zorgverleners in gesprek met patiënten in de praktijk moeten maken.

Religie, en cultuur meer in het algemeen, speelde vanaf het begin maar een zeer kleine rol in het DSM systeem. Dat is natuurlijk op zich al opvallend: Werd religie niet relevant geacht voor de psychische gezondheid? Was er sprake van een seculiere *bias*? Of kwamen religie en cultuur niet in beeld vanwege de objectiverende insteek? In ieder geval was in de derde versie van DSM (1980) informatie over religie nog totaal afwezig. In de vierde versie (1994) werd voor het eerst gesproken over culturele factoren die van belang kunnen zijn voor diagnose en behandeling, en werd de categorie ‘religieus of geestelijk probleem’ geïntroduceerd – al was het in een restcategorie van ‘bijkomende

⁹ In sommige landen wordt voor de diagnose van psychische stoornissen het ICD systeem gebruikt: International Classification of Diseases, waarvan de eerste versie ongeveer 100 jaar geleden door de WHO werd ontwikkeld. ICD bevat ook somatische stoornissen en is nog sterker dan DSM gericht op classificatie van symptomen. Diagnoses in DSM en ICD komen grotendeels overeen.

problemen die om klinische zorg vragen' (naast onder andere acculturatie en levensfase problematiek). De code die hiervoor gebruikt wordt is 'V 62.89 Religieus of spiritueel probleem':

Deze categorie kan gebruikt worden als de zorg gericht is op een religieus of geestelijk probleem. Tot de voorbeelden horen verdrietige ervaringen die het verlies van of het twijfelen aan het geloof met zich meebrengt, problemen die samengaan met de bekering tot een ander geloof, of het ter discussie stellen van geestelijke waarden die niet noodzakelijkerwijs verband houden met een kerkelijke organisatie.

Door het toenemend aantal migranten en vluchtelingen met verschillende religieuze en culturele achtergronden is men in de huidige praktijk van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) veel gevoeliger geworden voor het westerse, tijdgebonden karakter van DSM. Er is vooral veel interesse voor de Islam in dit verband. Maar er is nog steeds weinig aandacht voor de functies en disfuncties van 'inheems' geloof als christendom, humanisme en nieuwe rituelen.

Bij de voorbereiding van DSM-5 heeft een aantal onderzoekers suggesties gedaan om resultaten van relevant onderzoek over de diverse rollen en functies van religie – zowel bij de ziekte als bij de behandeling en het herstel – te verwerken, en een voorstel gedaan om code V 62.89 uit te breiden.¹⁰ Dat laatste is uiteindelijk niet gebeurd; de formulering van de V-code is gebleven zoals deze was. Een vooruitgang (vanuit het perspectief van een contextuele benadering van de relatie tussen religie en gezondheid) is dat expliciet vermeld wordt dat religie gezien moet worden als onderdeel van culturele identiteit, en dat de gehanteerde visie op de mogelijke functies en disfuncties van religie en geloof genuanceerder en gedifferentieerder is geworden. In een appendix over cultuur komen religie en spiritualiteit ter sprake als mogelijke problemen en stressoren, maar ook als behulpzaam deel van de culturele identiteit.¹¹ Verder wordt er daar een onderscheid gemaakt tussen a. religieuze en spirituele problemen die niet gerelateerd zijn aan psychische stoornissen (het eigene van religie wordt daarmee dus erkend), maar die wel een rol kunnen spelen bij de ziekte en behandeling; b. religieuze en spirituele problemen die samengaan met psychische stoornissen (maar zonder causaal verband); en c. religieuze en spirituele problemen die pathologie uitlokken of verergeren.

10 J.R. Peteet, F.G. Lu, W.E. Narrow, *Religious and Spiritual Issues in Psychiatric Diagnosis. A Research Agenda for DSM-V*, Arlington 2011.

11 J. Prusak, 'Differential diagnosis of "Religious or Spiritual Problem" – possibilities and limitations implied by the V-code 62.89 in DSM-5', *Psychiatria Polska* 50 (2016), 1, 175–186.

Helaas is weinig van de onderzoeksgegevens over religie die Peteet et al. verzameld hebben terug te vinden in DSM-5. Het objectiverende, op classificatie gerichte karakter van het systeem is hier, in ieder geval deels,¹² debet aan. De relatie tussen religie en geestelijke (on)gezondheid kan met een standaard als DSM moeilijk beoordeeld worden. Dit zal dus moeten gebeuren door de individuele psychotherapeuten en psychiaters, die een contextuele, hermeneutische benadering in de praktijk, in interactie met hun patiënten, moeten zien te combineren met de evidence-based diagnose en behandeling die DSM-5 vereist. Omdat religie weinig in beeld komt in DSM en ook niet in de opleiding van psychologische hulpverleners, zullen zij hun informatie en scholing over de functionaliteit van religie in relatie tot geestelijke (on)gezondheid elders moeten halen.¹³

Casus: Depressie en religie

Tot slot zal ik aan de hand van de casus van een veel voorkomende psychische stoornis, depressie, bespreken hoe de verschillende perspectieven op de vraag wat gezond en ongezond geloof is zich tot elkaar verhouden. Eerst wordt uiteengezet wat in de objectiverende, op symptomen gerichte, standaard DSM-5 verstaan wordt onder depressie, en wat er vanuit empirisch onderzoek bekend is over de verbanden tussen religie en depressie. Vervolgens worden twee bekende psychologische visies op de verhouding tussen religie en depressie gepresenteerd: de cognitieve van Aleid Schilder en de descriptief-fenomenologische van William James. Hierbij zal duidelijk worden hoe context en normativiteit een rol spelen bij het onderzoek naar de complexe verbanden tussen depressie en religie,

DSM-5 over depressie

Volgens DSM-5 is er in de volgende situatie sprake van een ‘depressieve episode’ (depressie):

Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijken af van het eerdere functioneren; minstens één

¹² Hiernaast zou ook de zogenaamde ‘psychologen bias’ een rol kunnen spelen: het feit dat psychologen de meest seculiere bevolkingsgroep zijn, en dat religie bij hen daardoor niet of beperkt in beeld komt.

¹³ In internationaal verband is bijvoorbeeld te wijzen op Division 6 (Society for the Psychology of Religion and Spirituality) van the American Psychological Association (APA), en in Nederland op de partners binnen de Federatie Zingeving & Geestelijke Gezondheid (FZGG), waaronder het KSGV (Kenniscentrum voor levensbeschouwing en geestelijke volksgezondheid), het Kennisinstituut Christelijke GGZ (KICG) en de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP) <https://www.fzgg.nl/>.

van de symptomen is ofwel (1) een sombere stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier. (...)

- (1) Sombere stemming, gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag (...).
- (2) Duidelijk verminderd(e) interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (...).
- (3) Significant gewichtsverlies zonder dat dieet wordt gehouden, of gewichtstoename, of bijna elke dag een afgenomen of toegenomen eetlust.
- (4) Insomnia of hypersomnia bijna elke dag.
- (5) Psychomotorische agitatie of vertraging, bijna elke dag (waarneembaar door anderen, en niet alleen subjectieve gevoelens van rusteloosheid of geremd worden).
- (6) Vermoeidheid of verlies van energie, bijna elke dag.
- (7) Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (...).
- (8) Verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, of besluiteloosheid, bijna elke dag (...).
- (9) Recidiverende gedachten aan de dood (...).¹⁴

De hier genoemde symptomen zijn algemeen menselijke gevoelens, die op zich niet pathologisch zijn. Het gaat bij depressie om een combinatie van symptomen en de duur en intensiteit ervan. Wat opvalt is dat er in deze objectieve (in de zin van wetenschappelijk onderbouwde) standaard vage formuleringen voorkomen. Wanneer is er sprake van een ‘duidelijke’ vermindering van plezier en van ‘verminderd’ vermogen tot concentratie? Wanneer zijn schuldgevoelens ‘onterecht’? Zo wordt duidelijk dat voor de diagnose ‘depressie’ altijd ook een persoonlijke interpretatie van de hulpverlener nodig is, die op zijn minst deels bepaald zal worden door diens eigen achtergrond en levensinstelling en door de religieuze en socioculturele context van hulpverlener en patiënt. Dat moeten we in gedachten houden, als we kijken naar de resultaten van empirisch onderzoek naar de verhouding tussen religie en depressie.

Men kan naar deze omschrijving van symptomen ook met een cultuur-analytische blik kijken. Waarom, bijvoorbeeld, zou je in het leven ‘plezier’ moeten hebben? Zien we hier invloed van een neoliberaal klimaat, waarin autonomie, eigenwaarde, ‘genieten’ en consumeren centraal staan? Wijst de depressie-epidemie er wellicht op dat de hedendaagse westerse mens minder goed met tegenslag om kan gaan?

¹⁴ Hierbij is aangetekend dat er geen sprake mag zijn van een fysiologische aandoening en dat de symptomen niet eerder aan een rouwproces toe te schrijven zijn, korter dan 2 maanden na het verlies.

Religie als beschermende en schadelijke factor

Uit recente meta-analyses van empirische onderzoeken blijkt dat een kleine meerderheid van de onderzoeken uitwijst dat religie gepaard gaat met minder depressiviteit.¹⁵ Demografische kenmerken (gender, ras, migratie, leeftijd, inkomen, religieuze denominatie, ervaren stress) zijn modererende factoren. Het positieve effect van religie hangt samen met zaken als sociale steun, emotieregulering via rituelen, het beschikbaar hebben van een oriëntatiekader, het stimuleren van positieve gevoelens (zoals vergevingsgezindheid) en positieve coping (een behulpzame, positieve relatie met God). Het negatieve effect van religie hangt samen met negatieve religieuze coping (een straffende of afwezige God), interacties met leiders, geloofsopvattingen die angst opleveren, en de religieuze gemeenschap als gesloten groep. In deze onderzoeksgegevens herkennen we verschillende van de hierboven geschetste verbanden tussen religie en geestelijke (on)gezondheid.

De gereformeerde paradox – ‘Hulpeloos maar schuldig’¹⁶

Een direct, oorzakelijk verband tussen religie en depressie wordt gelegd door Aleid Schilder in haar bekende boek ‘Hulpeloos maar schuldig’.¹⁷ Schilder was afkomstig uit de Gereformeerde Kerken vrijgemaakt (later in haar leven bewoog zij zich in New Age kringen) en werkte als psychotherapeut. De ernstige depressies waaraan zij leed verklaarde zij zelf uit haar orthodox-protestantse achtergrond. Zij spreekt van de ‘gereformeerde paradox’: Volgens de Heidelbergse Catechismus is de mens ‘onbekwaam tot enig goed en geneigd tot alle kwaad’ en zijn wij ‘in zonde geboren’. Wij moeten aan Gods wetten voldoen, maar willen en kunnen dat van nature niet. Voor onze redding, ons zielenheil, zijn we overgeleverd aan Gods genade, die we echter niet zelf kunnen bewerkstelligen. Dat is namelijk al voorbeschikt. De paradox luidt: ‘Als het goed gaat is dat genade, als het slecht gaat je eigen schuld. Dat is raar’, zei zij in een interview.¹⁸ De (orthodox-)calvinistische leer, stelt Schilder, zou mensen somber, angstig en passief maken, overmatig schuldgevoel oproepen en een gezond gevoel van zelfvertrouwen en eigenwaarde ondermijnen.¹⁹ En

15 Park, Slattery, ‘Religion, Spirituality and Mental Health’, 541–542.

16 Deze paragraaf is gebaseerd op H. Zock, ‘Erfzonde, depressie en het ik-tijdperk’, *Schrift* 47 (2015), 3, 101–106.

17 A. Schilder, *Hulpeloos maar schuldig. Het verband tussen een gereformeerde paradox en depressie*, Utrecht 2014 (1e druk 1987).

18 ‘Donkerte en lijden zijn er niet voor niets’, interview met Aleid Schilder in *Nederlands Dagblad*, 10 april 2014. Zie ook <https://www.rd.nl/kerk-religie/aleid-schilder-evalueert-zichzelf-in-herdruk-hulpeloos-maar-schuldig-1.415678>.

19 Schilder werkt vanuit de cognitieve benadering in de psychologie: denkprocessen sturen gedrag en gevoelens.

dat zijn allemaal kenmerken bij uitstek van depressiviteit volgens DSM. Deze vorm van religie veroorzaakt volgens haar dus geestelijke ongezondheid.

Empirisch onderzoek wijst echter niet uit dat er een direct oorzakelijk verband is tussen de calvinistische leer en depressiviteit. Niet alle orthodoxe protestanten zijn depressief, en er speelt veel meer bij depressie dan de negatieve opvattingen over zichzelf (gebrek aan eigenwaarde, schuldgevoel, hulpeloosheid) waar Schilder over spreekt. Uit een groot longitudinaal onderzoek naar ouderen van Braam et al. blijkt dat er weliswaar een verband aangetoond kan worden tussen religie en depressie, maar dat heeft eerder te maken met een gesloten sociaal milieu dan met de geloofsleer.²⁰ Verder kunnen positieve en negatieve gevoelens ten opzichte van God tegelijkertijd aanwezig zijn.²¹ Ook al heeft iemand schuldgevoelens en angst voor het laatste oordeel en voor God als rechter, dan nog kan God tegelijk als ondersteunend en liefdevol ervaren worden; en dat laatste is juist een beschermende factor tegen depressie.

Het ligt dus allemaal ingewikkelder dan Schilder schetst. Wel is het veelzeggend dat haar boek in Nederland zo populair was en nog steeds is, gezien de 10e herdruk in 2014. Schilder heeft in ieder geval met haar boek de vraag naar de relatie tussen religie en geestelijke gezondheid binnen de psychiatrie op de kaart gezet. Ook is het mogelijk dat het boek zo populair is geworden (net als Jan Siebelinks ‘Knielen op een bed violen’) vanuit een fascinatie met een typisch Nederlandse religieuze cultuur en gedachtengoed, die in toenemende mate als vreemd wordt ervaren.

William James: ‘Sick soul’ en ‘healthy minded person’

Een andere manier om de relatie tussen religie en depressiviteit te bekijken is vanuit descriptief-fenomenologisch psychologisch perspectief.²² De al eerder genoemde William James maakt in zijn beroemde boek ‘Varieties of Religious Experience’ een onderscheid tussen twee temperamenten, twee persoonlijkheidstypen: de *sick soul* en de *healthy-minded person*: de ‘zieke ziel’

20 A. Braam, ‘Depressieve stoornissen’, in P.J. Verhagen, H.J.G.M. van Megen (ed.), *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit*, Utrecht 2012, 221–228.

21 A. Braam et al., ‘Godsbeeld en depressie bij ouderen in Sassenheim. Een detailverkenning van schuldgevoelens’, *Psyche en Geloof* 21 (2010), 4, 263–274; H. Schaap-Jonker et al., ‘Godsbeeld, geloofsbeleving en religieuze orthodoxie: empirisch onderzoek in Nederland’, in Verhagen, Van Megen, *Handboek Psychiatrie, religie en spiritualiteit*, 353–364.

22 De descriptief-fenomenologische psychologische benadering is gericht op een ‘empathic understanding’ van religieuze fenomenen. D.M. Wulff, *Psychology of Religion. Classic and Contemporary*, New York etc. 1997², 27–28.

en de ‘gezonde persoon’ (in het Nederlands ook wel vertaald als ‘opgewekte ziel’).²³

De *sick soul* is iemand die gevoelig is voor het leed en het kwaad in de wereld, voor de zondigheid van de mens en de hachelijkheid van het menselijk bestaan. Er is een diep besef dat ons leven altijd aan een zijden draadje hangt. Een *sick soul* heeft een pessimistische inslag, ziet de donkere kanten van het leven en is gevoelig voor existentiële vragen. Een *sick soul* heeft een melancholieke aanleg – aanleg voor depressiviteit, zou men nu zeggen. De *healthy minded person* daarentegen staat vrolijker in het leven, heeft een meer optimistische inslag. Deze ziet eerder de goedheid van mens, natuur en het leven, en blijft niet lang treuren na tegenslag of een gemaakte fout. Of iemand meer een *sick soul* of een *healthy minded person* is, is een kwestie van aanleg, en op zichzelf dus niet pathologisch.

De twee temperamenten, zegt James, uiten zich ook in de wijze van religieus zijn. De natuurmystiek van Franciscus van Assisi ziet hij als een voorbeeld van *healthy minded religie*. De aanwezigheid van God wordt ervaren in de natuur en de wereld en als mens kun je daar deel aan hebben. De religieuze *sick soul* daarentegen heeft het gevoel gescheiden te zijn van God, en zondig, slecht te zijn. Het oordeel hangt boven ons hoofd, en een bekering is nodig om de relatie met God te herstellen. James noemt Tolstoj en Luther als voorbeelden – maar je zou ook de orthodox-calvinistische leer als *sick soul religie* kunnen karakteriseren.

Veel van de beroemde religieuze *sick souls* die James beschrijft zouden beslist hoog scoren op de DSM criteria van depressiviteit. Toch heeft James zelf een voorkeur voor dit temperament. Nu wordt algemeen verondersteld dat hij zelf een *sick soul* was en dat veel van de voorbeelden uit zijn boek autobiografisch zijn.²⁴ James leed aan ernstige depressies en had zelfmoordgedachten. Maar als filosoof beargumenteert hij tegelijk de waarde van het *sick soul* temperament: *sick souls* hebben volgens hem een bredere en rijkere blik op de wereld; zij kunnen meer registers van de werkelijkheid waarnemen. Daarom nemen zij voor lief dat ze vaak somber zijn en door diepe dalen gaan. Hoort dat niet bij een ‘*homo religiosus*’, bij de grote religieuze genieën in de geschiedenis? Hier zien we dus een andere waardering van depressiviteit dan als een psychische stoornis: het levert een ander verstaan van en staan in de wereld op. Misschien is broeder Martinus wel zo’n *sick soul*, en

²³ W. James, *The Varieties of Religious Experience*, New York 1982–1902¹, 78–165 (Gifford Lectures IV t/m VII).

²⁴ R.D. Richardson, *William James: In the maelstrom of American modernism*, Boston 2006, ch. 16 en 17.

moet zijn teruggetrokkenheid en het vele bidden gezien worden als een stadium op zijn religieuze weg.

Conclusie

In het voorgaande heb ik betoogd dat met een objectiverende standaard niet eenvoudig vast te stellen is wat gezond en ongezond geloven is. Empirisch onderzoek naar de relatie tussen religie en geestelijke gezondheid wijst uit dat een bepaalde geloofspraktijk zowel functioneel als disfunctioneel kan zijn. Dat dient altijd vanuit de context begrepen te worden: uit iemands levensgeschiedenis en persoonlijkheid, uit de religieuze opvoeding en achtergrond, en uit de gangbare discoursen in de samenleving. De criteria die gehanteerd worden voor wat (on)gezond geloof is – in standaarden als DSM, in diagnoses, en in culturele vertogen en religieuze tradities – zijn heel verschillend en normatief gekleurd door de eigen socio-culturele, religieuze en persoonlijke context. Dat geldt voor GGZ-professionals, voor pastores, theologen en godsdienstwetenschappers, en voor beleidsmedewerkers en politici.

Objectiverende standaarden zoals DSM over wat ‘(on)gezond’ is hebben we echter wel nodig. In de praktijk van de zorg en in maatschappelijke debatten dienen ze echter eerder gebruikt te worden als heuristische en hermeneutische tools om hypothesen op te stellen voor verder onderzoek naar de functie van geloof. Daarbij is het van belang om zich steeds bewust te zijn van de achterliggende criteria voor ‘geestelijk (on)gezond’ en de belangen die hiermee gediend worden.

Dr. T.H. Zock is bijzonder hoogleraar voor geestelijke verzorging namens het KSGV (Studiecentrum voor Levensbeschouwing en Geestelijke Gezondheid) aan de Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap van de Rijksuniversiteit Groningen, Oude Boteringestraat 38, 9712 GK Groningen, t.h.zock@rug.nl.