

Discussie en inspiratie rond wetenschap, geloof en hulpverlening

PIET VERHAGEN

SAMENVATTING

In deze bijdrage, gebaseerd op de openingslezing tijdens het congres 'Hersenspingsels?' (november 2011), wordt aan de hand van een casus de actuele discussie rond de vraag 'wat psychiaters zouden moeten doen met betrekking tot religie en geestelijke gezondheid' besproken. De casus betreft de Spirituality and Psychiatry Special Interest Group (SIG) van de Royal College of Psychiatrists (VK). In de periode 2008-2011 is nogal heftig over deze vraag gediscussieerd. De discussie lijkt vast te lopen in inmiddels verouderde opvattingen over de verhouding wetenschap en religie. Verouderd, omdat ze gedateerd moeten worden in de hoogtijdagen van het secularisatiedebat. Nu dat debat in belangrijke mate voorbij is, hebben we een nieuwe visie op de verhouding wetenschap en religie nodig. Deze visie komt erop neer dat feiten (wetenschap) en waarden (religie) bijeengehouden in plaats van tegen elkaar uitgespeeld worden. Zoals wetenschap een rol speelt in de wijze waarop we ons (professionele) leven inrichten, zo speelt religie een rol in de wijze waarop we met wetenschap leven.

Trefwoorden: religie, geestelijke gezondheid, Spirituality and Psychiatry Special Interest Group (SIG), secularisatie, 'wetenschap en religie'.

EEN VOLWASSEN AANPAK: PROFESSIONALITEIT ALS RODE DRAAD

Het congres 'Hersenspingsels? Inspiratie rond wetenschap, geloof en hulpverlening' georganiseerd door de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP, november 2011) laat zien dat de CVPPP zich in haar inmiddels meer dan twintigjarige bestaan ontwikkeld heeft tot een volwassen vereniging gekenmerkt door professionaliteit.

Hoe anders waren de tijden toen de CVPPP in 1989 na enige tijd van voorbereiding en plannen maken door de 'founding mother and fathers' startte. Zo was de 'strijd' rond de erkenning van GLIAGG De Poort nog volop gaande (Van der Wal, 1998).

Het zou toch niet waar zijn dat de 'Herzuiling in de GGZ' zou terugkeren (Bauduin, 1990)? Het is (achteraf) onthutsend genoeg dat men kennelijk de discussie over levensbeschouwing en religiositeit in de geestelijke gezondheidszorg niet anders kon of wilde zien dan tegen de achtergrond van die vermaledijde verzuiling van de Nederlandse samenleving; men had toch zeker zijn exodus gevierd! Het debat met Aleid Schilder was in volle gang (Schilder, 1987). Het was nog maar een paar jaar geleden, in 1983 om precies te zijn, dat de Amerikaan en mormoon Allen Bergin, het getuigenis van zijn bekering is onder de titel 'Mormon scholars testify' (eenvoudig op het internet te vinden) zijn review publiceerde waarin hij liet zien dat er een positieve

correlatie, bescheiden maar duidelijk, bestond tussen religiositeit en geestelijke gezondheid (Bergin, 1983). Hij was niet de eerste, maar zijn review was wel van een betere kwaliteit vergeleken met wat eerder was gepubliceerd. Overigens zou dat aspect, de kwaliteit van het gepresenteerde onderzoek, de discussie onder druk blijven zetten. De gegevens uit het onderzoek van Bergin werden allerminst enthousiast ontvangen. Het waren toch nog altijd de dagen van de RIAGG-cultuur, die, zoals Vandermeersch in 1996 zo prachtig analyseerde, in haar normen wel degelijk, zij het op indirecte wijze, forse religiekritiek uitoefende (Vandermeersch, 1996; Verhagen 2012).

De vondsten van Bergin zijn inmiddels vaak genoeg herhaald, zodat Sims tijdens de presentatie van zijn boek *Geloof: waan of werkelijkheid?* (Sims, 2010) in december 2010 kon verklaren dat die positieve trend ‘het best gewaarde geheim in de psychiatrie’ is. Er kan in de geestelijke gezondheidszorg weer in alle openheid gesproken worden over ‘gezond geloven’ en hoe religie en spiritualiteit een gunstig, beschermend effect kunnen hebben op psychische en lichamelijke gezondheid. Maar niet alleen gezond geloven, als één van de vier onderzoeks- en discussielijnen tijdens het congres, ook hechting en geloven, en religiositeit en spiritualiteit in het licht van neuroscience zijn veel besproken en uiterst actuele thema’s, die zich tevens laten verbinden met de vragen rond secularisatie en spiritualiteit. Inmiddels is er voor het eerst een *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit* (Verhagen & Van Megen, 2012) beschikbaar, waarin deze en verwante thema’s voluit aan bod komen en waaraan medewerking is verleend door een grote groep auteurs, ook uit de kring van de CVPPP!

Vergeleken met de begintijd heeft de vereniging niets aan idealisme en streven ingeboet, maar is in mijn ogen deskundiger en professioneler dan toen, met beide benen op de GGZ-grond. Nota bene, de vereniging kon net ‘lopen’, toen de drang om de wereld te verkennen zo sterk werd dat er in 1994 een meerdaags internationaal congres kwam (Verhagen & Glas, 1995); maar daarmee stond het thema professionaliteit wel op de kaart van de vereniging. Is professionaliteit een doel in zichzelf, een competentie zoals het vandaag geldt? Nee zeiden we toen, en dat is leidend gebleven, nee zeggen we nog steeds.

Er is nu eenmaal een intrinsieke verbondenheid tussen psychopathologie en existentiële problematiek. Een verbondenheid, die in aanvang wellicht zoek of verwrongen lijkt, maar zich gaandeweg aandient of wil manifesteren. En bovendien, de professionele geestelijke gezondheidszorg liet (en laat) duidelijk horen dat er sprake was (en is) van een normativiteit, die zich niet eenvoudigweg laat herleiden tot professionaliteit alleen.

Na de onstuimige eerste jaren, na een wat bejaarde puberteit, oriënteert de vereniging zich met de wetenschappelijke deskundigheid en klinische ervaring die in huis zijn op de centrale thema’s van de psychiatrie, psychologie en psychotherapie. Dat is een hele prestatie, op een vakgebied waar maar weinig vastligt en dus bij voortduur alles in beweging is, niet in de laatste plaats onder invloed van politieke en sociaal-maatschappelijke veranderingen; zo is het met de psychiatrie ook altijd geweest.

WAAR STAAN WE ONDERTUSSEN? EEN CASUS

In deze bijdrage wil ik aan de hand van een casus bespreken waar we ondertussen staan als het gaat om ‘psychiatrie en religie’. De casus die ik daarbij voor ogen heb is die van de Spirituality and Psychiatry Special Interest Group (SIG) van de Royal College of Psychiatrists in Londen. Deze Engelse beweging is voor ons interessant omdat ze zich op haar wijze met vergelijkbare problematiek bezighoudt: spiritualiteit en psychiatrie. Er zijn overigens ook belangrijke verschillen tussen de SIG en de CVPPP, die ik waar nodig zal aanwijzen. Het is niet de bedoeling de geschiedenis van de SIG te beschrijven, maar de problematiek aan de orde te stellen die haar de laatste jaren, sinds 2008 in haar greep heeft gehouden. De aanstichter daarvan was niemand minder dan Harold G. Koenig, zonder twijfel een van de meest toonaangevende klinici en onderzoekers op terrein van psychiatrie en religie, wiens bekeringsgeschiedenis en levensverhaal een al even prominente rol spelen als bij Bergin (Koenig, 2000). De discussie gaat over de vraag wat van psychiaters verwacht mag worden als het gaat om psychiatrie en religie. Ik doe verslag van deze discussie. Er zullen allerlei raakvlakken en herkenningpunten voorbij komen, die we kennen uit discussies in de CVPPP en die we tegenkomen in tal van artikelen in *Psyche & Geloof*. Echter, de discussie lijkt te stagneren, althans wekt

de indruk vooral herhaling van zetten uit het ‘wetenschap en religie’-debat te zijn. Herhaling van zetten helpt ons inderdaad niet verder. In aansluiting aan de analyse van Drees (2010) zullen we zien dat de discussie verder geholpen kan worden als we inzien dat de context van de discussie niet langer bepaald wordt (of zou moeten worden) door de wens (of strijd) om een wal op te werpen tegen de (onder invloed van de wetenschap) voortschrijdende secularisatie. Die strijd is weinig succesvol gebleken. Het gaat er veeleer om dat feiten (wetenschap) en waarden (religie) bijeengehouden worden in plaats van tegen elkaar uitgespeeld worden. Zoals wetenschap (feiten) een rol speelt in de wijze waarop we ons (professionele) leven inrichten (waarden), zo speelt religie (waarden) een rol in de wijze waarop we met wetenschap (feiten) leven.

DE SIG

De Spirituality and Psychiatry Special Interest Group van de Royal College of Psychiatrists (Londen, VK) werd in september 1999 opgericht nadat er voldoende handtekeningen waren verzameld om tot oprichting te kunnen komen (www.rcpsych.ac.uk/members/specialinterestgroups.aspx; Powell, 2009). Sims, die zelf van 1990 tot 1993 president van de Royal College was, beschrijft dat er eerst een Philosophy in Psychiatry Special Interest Group werd opgericht met als een van de eerste aandachtspunten religie en psychiatrie! En er was een groepje losjes georganiseerde christenpsychiaters dat vanaf 1986 in ontbijtsessies bijeenkwam. Een belangrijke impuls, althans er wordt telkens naar verwezen, was kennelijk een toespraak van de Engelse kroonprins en beschermheer van de Royal College, prins Charles, die in 1991 erkenning van en begrip voor spirituele behoeften van patiënten bepleitte. Later pleitte de aartsbisschop van Canterbury Carey voor meer samenwerking en wederzijds begrip tussen psychiaters en kerkleiders (Sims, 2010, 81-82; Verhagen & Cox, 2010, 590). Dat soort interventies op hoog niveau kennen wij in Nederland helemaal niet. Tegenwoordig zijn ruim tweeduizend psychiaters lid van de SIG, dat wil zeggen één op de zeven leden van de Royal College. Vergeleken met de CVPPP, die tien jaar eerder werd opgericht, gaat het dus om een (aanzienlijke grotere) groep psychiaters met een

heel duidelijke inbedding in hun wetenschappelijke vereniging, zonder uitgesproken christelijk karakter. Dat laatste is tamelijk cruciaal en dus een groot verschil met de CVPPP. Dat roept overigens wel de vraag op wat dan haar inspiratie is; dat zal in de discussie nog terugkomen. Het voorstel om tot oprichting van de SIG te komen ging uit van de gedachte dat de groep een platform voor discussie zou bieden zonder ‘religious bias’ en ‘respectful of differences’. Het programma omvatte de volgende punten: fundamentele zorg om goede geestelijke gezondheidszorg met kernpunten als zingeving en aandacht voor het probleem van goed en kwaad; noodzaak van een holistische benadering; aandacht voor specifieke ervaringen met spirituele betekenis; aandacht voor de vraag hoe te onderscheiden tussen normale en pathologische spirituele en religieuze ervaringen; aandacht voor opleiding, bij- en nascholing; aandacht voor de relaties tussen ziekte, gezondheid en spiritualiteit (Powell, 2009, xvi; Culliford, 2011).

Natuurlijk zijn er allerlei raakvlakken tussen de intenties van de SIG en de CVPPP. Maar het meest in het oog lopende verschil is de expliciete christelijke achtergrond van de CVPPP vergeleken met de SIG. Dat leidt overigens interessant genoeg wat betreft de SIG tot kritische vragen over haar zogenaamde doctrine of ‘theologie’ van een universele spiritualiteit (Poole en Higgo, 2011); ik kom daar in de bespreking op terug. Een vergelijkbare discussie over haar theologische vooronderstellingen kent de CVPPP bij mijn weten juist weer niet of nog niet; leden poneren vooral hun christelijk achtergrond.

TUMULT

In 2008 veroorzaakte Koenig tumult met een ‘editorial’ in het (toen nog) *Psychiatric bulletin* (tegenwoordig *The psychiatrist*). De titel luidde: ‘Religie en geestelijke gezondheid: wat psychiaters zouden moeten doen’ (Koenig, 2008). De heftige discussie die volgde kreeg een voorlopige afronding met de publicatie van een speciaal nummer van *Mental health, religion & culture* (jrg. 14, 1-2, januari-februari 2011) met als thema de visie van psychiaters op de plaats van religie in de psychiatrie, en met de opmerkelijke vaststelling en acceptatie door de Royal College van een zogenaamd ‘position statement’, opgesteld door Cook met als titel:

Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion (Royal College of Psychiatrists, 2011).

Van waar het tumult? Mogelijk dat nog niet eens de inhoud van Koenigs bijdrage de doorslag gaf. Maar het ‘editorial’ ging vergezeld van een positief, instemmend commentaar van de toenmalige president van de Royal College, dr. Hollins, met als titel: *Understanding religious beliefs is our business*. Daarmee was de controverser om niet te zeggen het conflict een feit.

Wat beweerde Koenig en waar was Hollins dan zo positief over? Het gaat om vijf aandachtspunten.

Religieuze anamnese. Koenig beweerde in de eerste plaats dat psychiaters een religieuze anamnese zouden moeten afnemen van alle patiënten. En als de patiënt dat in eerste instantie weigert, dan moet de onderzoeker er later op terugkomen. Zo’n religieuze anamnese gaat volgens Koenig verder dan een paar screenende vragen die erop gericht zijn om te achterhalen of geloven op enigerlei wijze een rol speelt in het leven van de patiënt en of er een samenhang is met de problemen waarmee de patiënt zich heeft aangemeld. Nee, het betreft ook een religieuze ontwikkelingsanamnese met aandacht voor positieve en negatieve religieuze ervaringen in heden en verleden; ervaringen zoals onverhoorde gebeden, verlieservaringen, conflicten met geestelijke leidlieden en/of andere geloofsgenoten. Deze informatie moet de psychiater helpen zijn houding ten aanzien van de religieuze overtuiging van de patiënt te bepalen, hetzij steunend, hetzij neutraal, hetzij ‘uitdagend’. De verkregen informatie is ook belangrijk omdat religieuze overtuigingen van invloed kunnen zijn op de houding van de patiënt tegenover therapie, en ook op de therapietrouw bij het gebruik van voorgeschreven psychofarmaca. Ook als de patiënt niet religieus is moet er onderzoek plaatsvinden naar eventuele religieuze/spirituele ervaringen of ervaringen die iemand van religie hebben afgehouden. En, zoals gezegd, in geval van een weigerachtige houding gaat de werkrelatie voor en moet er later zo mogelijk op teruggekomen worden.

Gezonde overtuiging respecteren en steunen. In de tweede plaats beweerde Koenig dat, naast respect voor de religieuze attitude van de patiënt (‘being aware that they often hold the patient’s psyche together’; sic PJV), de psychiater zal overwegen overtuigingen die niet pathologisch zijn en coping be-

vorderen te steunen. Dat moet wel met voorzichtigheid geschieden. Want voorop staat dat men eerst een gedegen en onderbouwd beeld moet hebben van de psychopathologie en onderliggende persoonlijkheidsstructuur van de patiënt.

Uitdagen van ongezonde overtuigingen. De derde overweging van Koenig betrof het volgende. Wanneer religieuze overtuigingen op een of andere wijze bijdragen aan of verweven zijn met psychopathologie moet de behandelaar om te beginnen altijd een respectvolle en neutrale houding aannemen. Vervolgens kan het echter nodig zijn die overtuigingen uit te dagen, bijvoorbeeld wanneer die opvattingen defensieve vermijding in stand houden, waardoor beslissingen niet genomen worden of veranderingen niet tot stand komen. Dat is natuurlijk niet niks, realiseert ook Koenig zich. Dat kan alleen slagen bij een voldoende sterke therapeutische relatie en een gedegen religieuze anamnese, en wanneer tevens duidelijk is dat andere pogingen om verandering tot stand te brengen zijn gestrand.

Gebed. Koenig bepleitte gebed met de religieuze patiënt vanwege het positieve effect dat het kan hebben en de krachtige ondersteuning die het kan geven aan de therapeutische relatie. Maar hij heeft het nog niet gezegd of hij waarschuwt meteen. Ook hier weer dezelfde voorwaarde: gedegen onderzoek van de religiositeit/spiritualiteit van de patiënt. Bovendien moet het initiatief van de patiënt komen. Het kan ook alleen als de psychiater zich er voldoende vertrouwd mee voelt en er voldoende overeenkomsten zijn tussen de religieuze achtergronden van de patiënt en de psychiater. En toch, ook als aan alle voorwaarden is voldaan dan nog zou het voor sommige patiënten te intrusief kunnen zijn, te persoonlijk en daarmee schadelijk voor de (professionele) grenzen. Gebed, zegt Koenig, kan nooit routine zijn en vraagt om een goede timing en heldere doelen.

Geestelijke verzorging. Koenig bepleit contact met en consultatie van geestelijk verzorgers, zeker als de intaker/behandelaar zich onvoldoende vertrouwd weet met religieuze thematiek. Maar ook hier weer de al gesignaleerde zorgvuldigheid: op voorwaarde van een goede religieuze anamnese en een goede werkrelatie tussen behandelaar en patiënt.

Op basis waarvan?

Hoe dan ook, miskenning en onvoldoende aandacht

voor religieuze factoren brengen het risico met zich dat de onderzoeker belangrijke psychologisch en sociale factoren mist. Maar waar baseerde Koenig zich dan op? Koenig was zijn bijdrage begonnen met aan twee belangrijke zaken te refereren. Het eerste punt betrof een beknopte weergave van de uitkomsten van recent onderzoek naar religie en psychiatrie. De tijd van louter negativiteit van de zijde van de psychiatrie jegens religie is achterhaald. Tegelijk constateert hij dat deze kennis en feiten nog altijd niet zijn doorgedrongen in de klinische praktijk. Natuurlijk, en terecht, verwijst hij naar zijn belangrijkste bijdrage op dit punt, zijn analyse van 724 kwantitatieve studies naar religie/spiritualiteit en geestelijke gezondheid (Koenig, McCullough & Larson, 2001). Inmiddels is het onderzoek ruim tien jaar later aanzienlijk uitgebreid. De trend blijft sinds 1983 dezelfde: er is een bescheiden positieve correlatie tussen religiositeit en psychische gezondheid. Het tweede punt betrof een korte typering van de levensovertuiging en houding van psychiaters. Koenig refereert aan een aantal studies die rapporteren over de geloofsovertuiging van psychiaters. Hij richt de aandacht om begrijpelijke redenen vooral op Engelse psychiaters. In 1993 gaf 73% van de Britse psychiaters aan geen religieuze binding te hebben, in 2007 gaf daarentegen 58% van de psychiaters werkzaam in de ouderenpsychiatrie een religieuze binding te hebben, terwijl 92% van hen aangaf het belang van de thematiek te onderkennen. Een Canadees onderzoek uit 2004 liet vergelijkbare cijfers zien; interessant detail in dit onderzoek was dat 50% van de Canadese psychiaters aangaf altijd of dikwijls tijdens de intake aandacht te besteden aan religie en spiritualiteit, terwijl 'slechts' 17% van de patiënten aangaf dat hun psychiater aandacht besteedde aan religie (Baetz, Griffin, Bowen & Marcoux, 2004). Een Amerikaans onderzoek uit 2007 laat wat betreft de aandacht voor religie tijdens de intake nog hogere cijfers zien (Curlin, Lawrence, Odell, Chin, Lantos, Koenig & Meador, 2007). Op basis van deze gegevens houdt Koenig er rekening mee dat psychiaters qua houding nog altijd onvoldoende waarde toekennen aan religie en spiritualiteit, nog altijd gehinderd worden door hun klinische ervaring met pathologische vormen en expressie van religiositeit. De heersende biologische oriëntatie in de psychiatrie zou ook niet meewerken. En voor

zover onder psychiaters de gedachte nog levend is dat religie 'slechts' afhankelijkheid in stand houdt en opzadelt met schuldgevoelens kan de therapeutische waarde van religiositeit niet in beeld komen.

NIET NIEUW

Eigenlijk was en is het helemaal niet nieuw wat Koenig beweerde. Bovendien zijn er wel meer 'editorials' van de hand van Koenig voorhanden, waarin hij met name het belang van een religieuze anamnese in de geneeskunde onderstreept. Hoe luidt dan de kritiek?

Allereerst is er groot bezwaar tegen de dominantie van Amerikaanse onderzoeksgegevens. De rol die religie in de Amerikaanse samenleving speelt is een andere dan in de Britse en Europese. Inderdaad betoogde Marc Galanter, ook al geen onbekende in dit verband, recent nog dat 90% van de Amerikanen in God of in een universele geest gelooft (Galanter, 2010). Dat is geen onbelangrijk detail, zulke getallen halen wij al lang niet meer. Daarmee is meteen de kritische vraag wat volgens de Evidence Based Medicine-methodologie de waarde is van de gevonden onderzoeksgegevens en in welke mate ze toepasbaar zijn op andere populaties. De belangrijkste critici in de discussie, Rob Poole en Robert Higgs, onderstrepen de evidence based-strategie als richtinggevend met een beroep op de onderliggende expliciete waarden, die een wijde *range* van persoonlijke overtuigingen moeten omvatten: liberaal, seculier en politiek neutraal. Ze zijn vastgelegd in diverse officiële documenten en beogen het belang van de patiënt te dienen en niet de behoeften van de beroepsbeoefenaar (Poole & Higgs, 2011). Vervolgens worden de professionele maatstaven, met name de beroepscode, in het geding gebracht. Poole en Higgs kwamen in oudere literatuur tegen dat Amerikaanse evangelisch georiënteerde psychiaters bereid waren hun religieuze patiënten abortus, homoseksuele praktijk en seks voor het huwelijk ten sterkste af te raden. Poole en Higgs houden dit voor onbestaanbaar en een inbreuk op de professionele standaard. Dat is ook hun oordeel over de aanbevelingen van Koenig. Zij beroepen zich op de Britse General Medical Council, die het voor goede medische praktijk houdt dat een arts geen uitdrukking moet geven aan zijn persoonlijke overtuigingen, of ze nu van politieke, religieuze of morele

aard zijn. Het woord, of beter gezegd gebod, dat in dit verband altijd weer opduikt luidt: ‘you must *not impose*’. Nu laat de tekst van de General Medical Council wel enige ruimte, in die zin dat het bespreken van persoonlijke overtuigingen van de dokter kan wanneer de zorg voor de patiënt dat vereist, maar dat klinkt meer als een noodgreep, dan een reguliere praktijk. Maar de tekst zegt nadrukkelijk dat een dokter geen druk op de patiënt mag leggen om diens overtuigingen (of het ontbreken daarvan) te bespreken en te verantwoorden. Voor Poole en Higgo kan het dan ook niet zo zijn dat een psychiater de opvattingen van de patiënt gaat ‘uitdagen’, zoals Koenig voorstelde. En in het verlengde daarvan verwijten zij de SIG de gebruikelijke klinische grenzen van goed hulpverlenerschap te schenden (Poole & Higgo, 2011, 24). Poole en Higgo op hun beurt werpen het verwijt van formalisme van zich. Natuurlijk zijn er uitzonderingen op de regels voor zover die in het belang van de patiënt zijn, maar die dienen wel uitzondering te blijven en verantwoord te worden, én de regels te bevestigen.

Een volgende kritische vraag snijdt een thema aan, dat bij mijn weten nog niet vaak aan de orde is gesteld. Welke opvattingen over religie en spiritualiteit gaan er nu eigenlijk schuil achter het programma van mensen als Koenig en de SIG? Propageert de SIG niet een eigen, nieuwe theologie, die vooral beoogt religieuze ver- en geschillen te overstijgen? De critici van de SIG verwijten de groep een vorm van universele spiritualiteit, of spiritualiteit als universeel kenmerk van menselijke ervaring. Weliswaar zit daar een oprechte poging om spanningen tussen verschillende culturen, religies en theologieën te omvatten achter, maar het lijkt toch vooral een Brits religieus inclusivisme met diepe wortels in het staatsanglicanisme, en dus in een eurocentrisch christendom (‘undeclared Christianity’, Poole & Higgo, 2011, 21). Wat daarvan zij, in de eerste plaats is het de vraag of psychiaters met een sterke religieuze oriëntatie van welke snit ook in staat zijn om een dergelijke openheid op te brengen, niet dus; in de tweede plaats is het niet vol te houden dat een religieuze anamnese noodzakelijk onderdeel van de intake is, want er is nu eenmaal zoiets als atheïsme. In de derde plaats is een oecumenische kijk op spiritualiteit, waarmee gesuggereerd wordt dat religieuze overtuigingen

verschillende expressies zijn van een onderliggende set van spirituele waarden, lang niet voor iedereen aanvaardbaar (Poole & Higgo, 2011). Met deze vragen staan meteen de adviezen van Koenig onder druk. Want wat kan er dan nog terechtkomen van het ‘uitdagen’? Vanuit welke set van waarden zou dat dan mogelijk zijn? In de vierde plaats is het de kritisch vraag hoe te voorkomen dat een behandelaar, hoe subtiel ook, zijn waarden oplegt, opdringt aan de ander. Kunnen gelovige psychiaters en therapeuten dat wel laten, al blijft het verhuld in een context waarin geclaimd wordt geestelijke gezondheidszorg te bedrijven volgens de heersende beroepstandaarden? Want uiteindelijk, zeggen de critici, speelt bij al die collegae die spiritualiteit en religie zo propageren een ‘conflict of interest’ in de vorm van een sterke religieuze betrokkenheid. In de discussie rond de SIG wordt dan de prins van Wales ten tonele gevoerd. Hij is de patroon van de Royal College en hield in 1991 een rede waarin hij pleitte voor religie en spiritualiteit: ‘ik denk dat de moderne, westerse mens voor alles het goddelijk element in zijn wezen moet herontdekken, zonder welke er geen hoop kan zijn en geen zin van ons bestaan in dit aardse domein’ (geciteerd door Sims, 2010, 21). Het was deze rede die mede leidde tot de vorming van de SIG. Maar de critici houden de SIG voor dat zijn pleidooi als toekomstig hoofd van de kerk van Engeland zo ongeveer het prototype van ‘conflict of interest’ is.²

KORTE TUSSENBALANS EN STELLINGNAME

Is dit alles nu niet terug bij af? Ging het daar twintig jaar geleden ook niet over, andere tijden andere argumenten, maar toch? We ontkomen er kennelijk niet aan om telkens weer uit te moeten leggen hoe onze kennis, vaardigheden en attitude gepositioneerd zijn in de voortgang van het klinisch-wetenschappelijk onderzoek. Daar slagen we in Nederland en internationaal ondertussen steeds beter in. De verdienste van onderzoekers en ‘opinion leaders’ als Koenig is groot. Maar het lukt niet goed de inmiddels redelijk gefundeerde kennis tot algemene praktijk te brengen in de geestelijke gezondheidszorg. Dat is niet alleen in Nederland moeilijk. En we worden ondertussen ook wel een beetje flauw van de herhaling van zetten in deze discussie.

De richting die ik zou willen inslaan gaat voor-

bij aan de huidige gangbare stellingen in de wetenschap–religiediscussie. We zijn min of meer gewend aan de indeling van Barbour die de verhouding wetenschap–religie typeert met de termen ‘conflict, independence, dialogue, integration’ (Barbour, 1997). Deze indeling is zeer herkenbaar in de posities die in de discussie met de SIG worden ingenomen. De critici van de SIG bij monde van Poole en Higgo markeren hun positie duidelijk. Secularisatie heeft in hun ogen een neutraliteit gecreëerd die zowel de gelovigen als de ongelovigen gelijkelijk beschermt. Wetenschap en religie betreffen verschillende domeinen. ‘Without this separation, science and faith are incompatible’ (Poole & Higgo, 2011, 22). Psychiatrie is toegepaste wetenschap, en dat is waar mensen voor komen, vanwege expertise gebaseerd op wetenschappelijk evidentie, niet omdat psychiaters ‘wiser or better people than anyone else’ zijn (Poole & Higgo, 2011, 22). De positie lijkt die van onafhankelijkheid van wetenschap en religie ten opzichte van elkaar, maar eerder neigend naar conflict dan dialoog, blijkens de stelling dat het ontkennen van het verschil tussen geloof en evidentie met klem als gevaarlijk wordt bestempeld, omdat een dergelijke gedachte patiënten onbeschermd laat tegenover de idiosyncratische overtuigingen van behandelaren (Poole & Higgo, 2011, 26).

Poole en Higgo geven mijns inziens precies aan waar de discussie vastloopt en de indruk wekt herhaling van zetten te zijn. Het gaat om het accent dat gelegd wordt bij de (in hun ogen) zegeningen van de secularisatie. Feit is dat het begrip secularisatie qua inhoud is verschoven. Tot voor kort ging het om een voortgang van de wetenschap ten koste van religie, die alleen maar ongeloofwaardiger zou worden. Maar inmiddels is er een hernieuwd verlangen, zoeken naar transcendentie ontstaan, in nieuwe vormen. Daarmee komt ook het debat over ‘wetenschap en religie’ in ander licht, in een andere context te staan. Die context is niet langer de opmars van wetenschap en de aftocht van religie. De veranderde context daagt ons juist uit om feiten (wetenschap) en waarden (religie) niet langer tegen elkaar uit te spelen maar bijeen te houden.

DE CONTEXT IS NIET LANGER DE SECULARISATIE
Een route om in de discussie verder te komen, is stil te staan bij de veranderde context waarbinnen

de verhouding wetenschap–religie vandaag speelt. ‘Wetenschap en religie in conflict’ is ongetwijfeld de meest problematische, bij de andere drie verhoudingen volgens Barbour, onafhankelijkheid, dialoog, integratie, lijkt de spanning richting integratie steeds verder af te nemen. Drees (2010) noemt die drie dan ook de oecumene van religie en wetenschap. In zijn analyse doet Drees een interessante observatie. Er lijkt in die zogenaamde oecumene een element schuil te gaan dat bedoelt tegenwicht te bieden aan secularisatie en de opmars van de wetenschap. Er heeft zich een peergroup van deskundigen gevormd, zo stelt hij, met positieve belangstelling voor religie en respect voor de wetenschap, samen tegen dezelfde tegenstanders, te weten enerzijds de tegenstanders van religie, de ‘Dawkinses’ en de ‘Swaabs’, anderzijds de tegenstanders van echte wetenschap, mensen die er vreemde wetenschappelijke ideeën op nahouden zoals de ‘Van Lommels’ met hun quantum-mysticisme. Dat gebeurt en gebeurde met de intentie religie een rechtmatige plaats te doen behouden in het debat rond wetenschap, tegen het conflictmodel. Het is niet gelukt dat tij te keren. Het succes van de Dawkinses, de Swaabs en de Van Lommels is enorm, zeker bij het grote publiek. Drees noemt dit streven tegen secularisatie dan ook onbevredigend en duidelijk weinig succesvol, zelfs mislukt. De strategie is immers een defensieve, we willen een dam opwerpen tegen de voortschrijdende seculariserende impact van de wetenschap. Echter, niets houdt de wetenschap tegen, en zeker religie niet. Dat streven lijkt dan ook achterhaald. Het was het probleem van een generatie die het secularisatieproces op zich af zag komen, het aan den lijve heeft ervaren, maar het niet kon stoppen. Dat is niet langer het probleem van een generatie die inmiddels niet anders gewend is; dat is dan ook een evident verschil ten opzichte van de beginjaren van de CVPPP.

DRIE NIEUWE MOTIEVEN

Drie motieven zijn bepalend voor het debat ‘wetenschap en religie’ in de veranderde context voorbij het traditionele secularisme (Drees, 2010). Allereerst is er een apologetisch motief: het verdedigen of rechtvaardigen van overtuigingen en praktijken tegenover buitenstaanders; religie rechtvaardigen

in een wetenschappelijke context, en wetenschap rechtvaardigen in een religieuze context waarin bepaalde wetenschappelijke theorieën als bedreigend worden ervaren.

Echter, we hebben niet alleen met buitenstaanders te maken, maar ook met insiders, namelijk geloofsgenoten, en bredere aanhangers van religie(s). In hoeverre zijn religieuze overtuigingen en wetenschappelijke theorieën voldoende in lijn met elkaar? Is dat het geval, dan geeft dat bijna automatisch meer gezag. Terwijl anderen van wie de wetenschappelijke opvattingen niet of minder in lijn zijn met bepaalde theologische gedachten en theologieën minder gezag zullen kunnen claimen. In dergelijke discussies gaan argumenten dan ook niet zozeer over religie in het algemeen, maar dienen bepaalde godsdienstige aannames en posities. Hier gaat het dus in wezen om religie versus religie in de verhouding tussen wetenschap en religie. Zo is de hechtingstheorie op zich niet zo heel ingewikkeld, totdat zij in verband gebracht wordt met theologische opvattingen of zelfs moet dienen om bepaalde theologische posities te ondersteunen.

Er is nog een derde motief naast de apologetiek en de kwestie van gezag. Dat is de functie die wetenschap en religie hebben om uitkomst te bieden tegen onbehagen. Dat is bepaald geen onbelangrijke functie gegeven de verkoopcijfers van boeken als van Van Lommel en Swaab; mensen willen meer weten. Wat betekent het dat we niets anders zijn dan neuronen, genen, moleculen in beweging in relatie tot het (niet) hebben van een vrije wil, identiteit en moraliteit? Zijn dat fraaie, maar dan ook niet meer dan dat, illusies? Hoe te leven met zo'n wetenschappelijk (wereld)beeld, vraagt Drees (2010, 29). Hier gaat het om zin en betekenis tegenover materialisme en reductionisme.

Waar het in deze drie motieven om gaat, anders dan in de eerdere context van secularisatie, is het verband dat wetenschap en religie aangaan in het zoeken naar de samenhang tussen feiten en waarden. Voor Drees is het front niet langer wetenschap tegen religie, maar wetenschap en religie tegen (wetenschappelijke) nonsens (pseudofeiten) en tegen bijgeloof (pseudoreligie).

UITDAGING

De uitdaging blijft deze. Een wetenschappelijke

hypothese kan redelijkerwijze aangenomen worden als ze de meest plausibele en beschikbare weergave is van een set van observeerbare data. Daarmee beschrijft ze, voorspelt ze en verklaart ze. Religieuze claims zijn niet op deze wijze verklaringen. En toch. Ook religieuze claims moeten consistente en coherente verhalen zijn, want hoe zouden ze anders kunnen verklaren? Hoe zouden ze anders kunnen inspireren? Dat nodigt dan wel uit, wil onder meer het 'uitkomst tegen onbehagen'-effect hebben, om naar de kwaliteit van onze reflecties kijken, niet alleen naar de kwaliteit van onze wetenschappelijke maar ook van onze religieuze reflecties. Daarbij zullen in ieder geval twee dingen telkens weer aan de orde zijn, te weten continuïteit en discontinuïteit met gezaghebbende bronnen (wetenschappelijk en religieus), en de relatie, of beter de overeenstemming met de praktijk van alledag. Want het gaat erom dat feiten (wetenschap) en waarden (religie) bijeengehouden worden in plaats van tegen elkaar uitgespeeld te worden. Wetenschap speelt een niet te ontkennen rol in de wijze waarop we ons (professionele) leven inrichten, religie speelt een rol in de wijze waarop we met wetenschap leven.

NOTEN

- 1 Ik herinner eraan dat rond de congresdatum een opvallende zaak in het nieuws was. Een hooggeleerde arts had in het buitenland deelgenomen aan een samenkomst voor gebedsgenezing. Die arts 'moest' vervolgens in *Medisch contact* verklaren dat hij daar als privépersoon was en niet als praktiserend arts. Want als arts mag men niet aan zo'n bijeenkomst deelnemen, omdat men anders de schijn wekt met 'iets medisch' bezig te zijn en/of zoiets als gebedsgenezing te sanctioneren; dat kan niet. Zo nauw luistert het kennelijk. Een spagaat zou ik zeggen. Stel er wordt iemand onwel tijdens zo'n bijeenkomst. De arts zou in gebreken blijven als hij als privépersoon niets 'medisch' zou doen.
- 2 De discussie is niet denkbeeldig. In 2009 werd er in het *British journal of psychiatry* gediscussieerd over de vraag of auteurs in geval van controversiële onderwerpen (zoals abortus) hun persoonlijke achtergrond bekend zouden moeten maken; jazerker, luidt de conclusie (Sims, 2009; Cooper, 2009).

LITERATUUR

- Baetz, M., Griffin, R., Bowen, R. & Marcoux, G. (2004). Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient expectations. *Canadian journal of psychiatry*, 49, 265-271.
- Barbour, I.G. (1997). *Religion and science: historical and contemporary issues. (A revised and expanded edition of Religion in an age of science)*. New York: HarperOne.
- Bauduin, D. (red.), (1991). *Herzuiling in de GGZ? Meningen en discussie over de relatie tussen levensbeschouwing en geestelijke gezondheidszorg in de jaren negentig*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv).
- Bergin, A.E. (1983). Religiosity and mental health: a critical reevaluation and meta-analysis. *Professional psychology: research and practice*, 14, 170-187.
- Cooper, J.E. (2009). Disclosure of Religious beliefs. Correspondence. *British journal of psychiatry*, 195, 368-369.
- Culliford, L. (2011). Beware! Paradigm shift under way. *Mental health, religion & culture*, 14, 43-51.
- Curlin, F.A., Lawrence, R.E., Odell, S., Chin, M.H., Lantos, J.D., Koenig, H.G. & Meador, K.G. (2007). Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists and other physicians. Differing observations, interpretations, and clinical approaches. *American journal of psychiatry*, 164, 1825-1831.
- Drees, W.B. (2010). *Religion and science in context: a guide to the debates*. Abingdon: Routledge.
- Galanter, M. (2010). Spirituality in psychiatry: a biopsychosocial perspective. *Psychiatry*, 73, 145-157.
- Hollins, S. (2008). Understanding religious beliefs is our business: invited commentary on religion and mental health. *The psychiatric bulletin*, 32, 204.
- Koenig, H. G. (2000). *The healing connection: the story of a physician's search for the link between faith and healing*. Philadelphia/London: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H.G. (2008). Religion and mental health: what psychiatrists should do. *The psychiatric bulletin*, 32, 201-203.
- Poole, R. & Higgo, R. (2011). Spirituality and the threat to therapeutic boundaries in psychiatric practice. *Mental health, religion & culture*, 14, 19-29.
- Powell, A. (2009). The spirituality and psychiatry special interest group of the Royal College of Psychiatrists. In Ch. Cook, A. Powell & A. Sims (eds.), *Spirituality and psychiatry* (pp. xv-xviii). London: RCPsych Publications.
- Royal College of Psychiatrists (2011). *Recommendations for psychiatrists on spirituality and psychiatry: position statement*. London: RCPsych.
- Schilder, A. (1987). *Hulpeloos maar schuldig: het verband tussen een gereformeerde paradox en depressie*. Kampen: Kok.
- Sims, A. (2009). Disclosure of religious beliefs. Correspondence. *British journal of psychiatry*, 195, 368.
- Sims, A. (2010). *Geloof: waan of werkelijkheid? Waarom geloven goed is voor je gezondheid*. Heerenveen: Uitgeverij Groen.
- Vandermeersch, P. (1996). *Uit de hemel gevallen? De levensbeschouwing van de geestelijke gezondheidszorg*. Trimbolesing 1996. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv).
- Verhagen, P.J. & Glas, G. (red.) (1995). *Psyche and faith: beyond professionalism*. Zoetermeer: Uitgeverij Boekencentrum.
- Verhagen, P.J. & Cox, J.L. (2010). Multicultural training in religion and spirituality. In P.J. Verhagen, H.M. van Praag, J.J. López-Ibor, J.L. Cox, & D. Moussaoui (eds.), *Religion and psychiatry: beyond boundaries* (pp. 587-613). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Verhagen, P.J. (2012). Religieuze of zingeving-anamnese in het opleidingscurriculum. In P.J. Verhagen & H.J.G.M. van Megen (red.), *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit* (pp. 515-526). Utrecht: De Tijdstroom.
- Verhagen, P.J. & Megen, H.J.G.M. van (red.) (2012). *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Wal, J. van der (red.) (1998). *Psychische nood: ambt, gemeente en hulpverlening*. Heerenveen: Uitgeverij J.J. Groen en Zoon.

PERSONALIA

Piet Verhagen is psychiater en theoloog, werkzaam in het ambulatorium (programma persoonlijkheidsstoornissen) Harderwijk van GGZ Centraal. Correspondentieadres: p.verhagen@ggzcentraal.nl.