

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/71755>

Please be advised that this information was generated on 2019-06-20 and may be subject to change.

## Religie en coping in de geestelijke gezondheidszorg

Jos Pieper · Rien van Uden

### Summary Religion and coping in mental healthcare

**In this paper, we will try to substantiate a basic assumption: the necessity to pay attention to faith and worldviews in mental healthcare. We will do so by referring to the results of research in the area of religious coping, carried out in the United States. After this, we will briefly indicate the findings of our own research in this area in The Netherlands. Our research was focussed on the position, according to clients, of faith and worldview in dealing with mental health problems. Furthermore, we studied the position that therapists assign to this dimension in the treatment process. We end with some conclusions about the research results' significance for mental healthcare.**

### Inleiding

In deze bijdrage willen we de noodzaak om aandacht te besteden aan geloof en levensbeschouwing in de geestelijke gezondheidszorg nader onderbouwen. We doen dit door aan te sluiten bij de resultaten van onderzoek op het terrein van religieuze coping, zoals dat in de Verenigde Staten is verricht. Daarna geven we kort aan tot welke bevindingen ons eigen onderzoek in Nederland op dit terrein heeft geleid. Ons onderzoek richtte zich enerzijds

op de plaats die geloof en levensbeschouwing, volgens cliënten, innemen bij het omgaan met hun psychische problemen, anderzijds op de plaats die therapeuten in het behandelproces inruimen voor deze dimensie. We besluiten met enige conclusies over de betekenis van de onderzoeksresultaten voor de geestelijke gezondheidszorg.

### Religieuze coping

Binnen de godsdienstpsychologie is het bestuderen van de relatie tussen religie en geestelijke gezondheid altijd een hoofdthema geweest. Al bij het ontstaan van het vakgebied aan het einde van de 19e eeuw verkende James (1994) de grenzen tussen diepgaande religieuze en mystieke ervaringen enerzijds en psychopathologie anderzijds en hielden Leuba (1896) en Starbuck (1899) zich bezig met de betekenis van bekeringservaringen voor de geestelijke gezondheid van de bekeerlingen. De laatste decennia is deze relatie vooral bestudeerd vanuit het '*religious coping*'-paradigma, dat door de Amerikaanse godsdienstpsycholoog Kenneth Pargament het meest uitgebreid is verwoord (Pargament 1997; zie ook Harrison, 2001). Binnen deze lijn van onderzoek wordt een brug geslagen van de theorie naar de praktijk van de lichamelijke en de geestelijke gezondheidszorg. Veel studies houden zich bezig met de betekenis van religie voor het verwerken van lichamelijke en psychische problematiek bij mensen die gehospitaliseerd zijn in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis. Binnen dit paradigma wordt religie als een positieve kracht geschilderd bij het te boven komen van fysieke en psychische tegenslagen.

Laten we eerst ingaan op het 'coping'-aspect van religieuze coping. Het coping-onderzoek is vooral tot bloei

---

Jos Pieper, en, (✉)

Dr. Jos Z.T. Pieper is als universitair docent verbonden aan de Katholieke Theologische Universiteit te Utrecht. Prof. Dr. Marinus H.F. van Uden is verbonden aan de Radboud Universiteit te Nijmegen en aan de Universiteit van Tilburg. Postbus 80101, 3508 TC Utrecht; e-mail: [Jpieper@ktu.nl](mailto:Jpieper@ktu.nl).  
Correspondentie-adres: J.Pieper, Katholieke Theologische Universiteit,

gekomen met de opkomst van de cognitieve psychologie, waarbinnen het copingproces als een vorm van informatieverwerking werd opgevat, waarbij het individu niet gestuurd wordt door structurele persoonlijkheidskenmerken, maar een dynamische interactie aangaat met de omgeving. Lazarus en Folkman hebben de meest uitgewerkte theorie ontwikkeld (Lazarus & Folkman, 1984). Stress wordt door hen als volgt gedefinieerd: ‘*Psychological stress is a particular relationship between person and environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his/her resources and endangering his/her wellbeing*’ (Lazarus & Folkman, 1984). Stress is dus geen automatische respons van het individu op een stimulus, maar is het gevolg van een proces waarbij de cognitieve beoordeling en inschatting van de stressor een belangrijke rol spelen. Het mag duidelijk zijn dat mensen onderling van elkaar verschillen wat betreft de mate waarin men stress ervaart bij dezelfde stressor. Deze cognitieve beoordeling (*appraisal*) is een mentaal proces waarbij een onderscheid gemaakt kan worden tussen ‘*primary appraisal*’ en ‘*secondary appraisal*’. De *primary appraisal* heeft betrekking op de vraag of een situatie of gebeurtenis als een bedreiging geldt voor het welbevinden van het individu. De *secondary appraisal* daarentegen heeft te maken met de inschatting van de bronnen waarover een persoon beschikt om tegemoet te komen aan de eis die de situatie of gebeurtenis stelt. De bronnen zijn divers van aard: materieel (geld, onderdak, voedsel, transport), lichamenlijk (gezondheid, vitaliteit), psychisch (inzicht, motivatie, kennis, emotionele vaardigheden), sociaal (de mate van sociale steun, sociale netwerken) en religieus (nabijheid met God, inbedding in een religieuze gemeenschap).

Na deze cognitieve taxaties onderneemt de persoon pogingen om met de situatie om te gaan, de feitelijke coping. Coping is ‘*a cognitive and behavioral effort to master, tolerate, or reduce external and internal demands and conflicts among them*’ (Folkman & Lazarus, 1980). Hierbij is volgens hen een onderscheid te maken tussen twee vormen van coping, namelijk ‘*emotion-focused*’ coping gericht op controle over de emotionele respons op de stressor en ‘*problem-focused*’ coping gericht op het oplossen van het probleem door de situatie te veranderen of door het eigen gedrag te veranderen. Ook de termen ‘*palliatieve*’ en ‘*instrumentele*’ coping worden in dit verband gebruikt. Alhoewel probleemgerichte coping, bijvoorbeeld informatie inwinnen of hulp zoeken, meestal gezien werd als de meer effectieve vorm van coping, gaat men er nu vanuit dat de effectiviteit van copinggedrag grotendeels afhankelijk is van de (on)mogelijkheden om actie te ondernemen in een bepaalde situatie. Zo gezien, betekent effectieve coping in een situatie die als onveranderlijk geldt, dat er geen probleemgericht gedrag

plaatsvindt, maar dat er emotieregulerend werk wordt gedaan. Pargament (1997) wees in dit verband naar het volgende gebed: ‘*God grant me the serenity to accept things I cannot change, courage to change things I can, and wisdom to know the difference*’. Met name ouderen hanteren emotie-regulerende strategieën, omdat ze minder beschikken over de voor actiegerichte coping noodzakelijke lichamelijke, sociale en economische hulpbronnen, omdat ze vaker situaties als onveranderbaar beschouwen en omdat ze meer met verlieservaringen geconfronteerd worden (verlies van werk, gezondheid, vrienden en geliefden). Een belangrijke vraag bij deze copingactiviteiten is: waarom ontstaan ze, welke motivaties liggen er aan ten grondslag? We hebben het dan over de functies van het copinggedrag. Een zeer belangrijk motief is natuurlijk de behoefte om het probleem op te lossen, maar bij emotie-gerichte coping gaat het ook om het handhaven van het psychologisch evenwicht. Drie motieven willen we in dit verband noemen: de behoefte aan controle over de inrichting van het eigen leven; de behoefte aan betekenisverlening, zingeving en de behoefte het gevoel van eigenwaarde te handhaven of te vergroten. Tot slot wordt er in de copingliteratuur veel aandacht besteed aan de effecten van het copingproces, zowel op lichamenlijk, psychosociaal als existentieel niveau.

Laten we nu kijken naar het religieuze aspect van religieuze coping. Hier baseren we ons vooral op het boek *The Psychology of Religion and Coping* van Pargament (1997). Religieuze coping, aldus deze onderzoeker, is gericht op ‘*the search for significance*’. Ook in coping komt het doelgerichte van het menselijk handelen tot uitdrukking. Het gaat om het maximaliseren van centrale waarden en niet om een snelle reductie van de spanningen die met stress samenhangen. Coping leidt niet alleen tot het wegnemen van de stressor, maar ook tot groei van de ‘*coper*’ (accumulatie van betekenis). Deze ‘*zoektocht naar betekenis*’ kan in het copingproces op twee manieren worden ingevuld: ofwel oude waarden blijven bewaard en worden benadrukt (*‘conservation of significance’*) ofwel er komen nieuwe waarden naar voren (*‘transformation of significance’*). Religieuze coping zal vaak pas optreden daar waar niet-religieuze coping faalt. Met name in situaties van verlies aan leven, gezondheid en relationele inbedding zal religieuze coping vaak een van de laatst overblijvende emotie-regulerende copingstrategieën zijn. Zijn er situaties die bij uitstek religieus verwerkt worden? Meestal verwijst men dan naar diepgrijpende levensgebeurtenissen, naar grenssituaties, waarvoor geen binnenwereldlijke verklaringen toereikend zijn. Ook situaties die het rechtvaardigheidsgevoel aantasten, leiden vaak tot religieus emotie-management. Binnen religieuze coping kan weer een onderscheid

gemaakt worden tussen individueel en sociaal/institutioneel. Het kan gaan om private religieuze handelingen enerzijds of om kerkbezoek of een beroep doen op een pastor anderzijds (institutioneel). In het laatste geval is de religieuze dimensie nauw verbonden met het verkrijgen van sociale ondersteuning. 'Social support' is een zeer belangrijke variabele binnen het religieuze copingonderzoek. Ter illustratie van de mate waarin religieuze coping voorkomt, verwijzen we naar een onderzoek van Tepper, Rogers, Coleman en Newton Malony (2001). Dit betrof onderzoek naar de mate waarin mensen met langdurige psychische klachten gebruik maakten van religieus copinggedrag. Tachtig procent van de uit Los Angeles afkomstige onderzochten gaf aan dat hun geloof of hun gelovige activiteiten bijdroegen aan het omgaan met hun symptomen, moeilijkheden en frustraties.

Het religieuze copingonderzoek is zeer geïnteresseerd in de effecten van religieuze coping op het lichamelijke, psychisch, sociaal en spiritueel welbevinden van de betrokkenen. Op die manier sluit men aan bij de in de godsdienstpsychologie al langer bestaande onderzoeklijn over het verband tussen religie en geestelijke gezondheid. Men heeft onderzoek gedaan naar de effecten van religieuze coping op het ontstaan en verloop van depressie bij ouderen; het hanteren van psychosociale problematiek bij psychiatrische patiënten; het omgaan met slachtoffer zijn van een bomaanslag; het verzorgen van een chronisch ziek kind; het omgaan met het verlies van een familielid op grond van suïcide; het omgaan met een niertransplantatie; het omgaan met relatieproblemen bij studenten; omgaan met kanker; omgaan met het verlies van een kind door wiegendood; het omgaan met scheiding van de ouders; arbeidsverlies; verwerken van de Golfoorlog et cetera. Over het algemeen zijn de effecten positief. Een tweetal overzichtsartikelen (Harrison, 2001; Matthews et al., 1998), concluderen dat een groot deel van de gepubliceerde, empirische gegevens aantoont dat religieuze betrokkenheid een gunstige invloed heeft op het omgaan met psychische en lichamelijke ziekten. Daaleman (1999) heeft de mogelijkheden van religie als volgt samengevat: Religie verschaft sociale integratie en ondersteuning van de geloofsgemeenschap; religie biedt een zingevingskader aan; religie verschaft een persoonlijke band met God of andere goddelijke wezens; religie biedt de mogelijkheid om private en openbare religieuze activiteiten te voltrekken en religie zet aan tot een gezonde levensstijl. Hierbij aansluitend, betoogt dit overwegend Amerikaanse onderzoek dan ook dat verwaarlozing van aandacht voor geloof en religie in de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg een belangrijke gezondheidsbevorderende bron onbenut laat.

Tot slot moet opgemerkt worden dat het copingparadigma benadrukt dat de positieve effecten van religie op

het welzijn meestal pas plaatsvinden als de algemene religiositeit van de betrokkene kan worden omgezet in concrete, religieuze copingactiviteiten ten aanzien van de stressor. Religieuze coping bemiddelt tussen algemene religiositeit en welbevinden. Dit wordt wel genoemd het *stress-buffer-model*. Dit in tegenstelling tot het *main-effect-model*, waarin religie in zijn algemeenheid, ook los van invloed op het copingproces, leidt tot een met meer welbevinden in de wereld staan.

### Religieuze coping in de Nederlandse gezondheidszorg

Bovengenoemde positieve bevindingen komen vooral uit onderzoek in de Verenigde Staten. Het is bekend dat de bevolking aldaar duidelijk religieuzer is dan de bevolking in het meer gesecculariseerde Nederland. Bovendien wordt veel onderzoek uitgevoerd door onderzoekers met een duidelijk positieve blik ten aanzien van met name de joods-christelijke traditie. Dit betekent dat deze bevindingen niet automatisch naar Nederland getransponeerd kunnen worden. We geven nu kort enige belangrijke onderzoeksresultaten weer, gebaseerd op eigen onderzoek uitgevoerd onder cliënten en therapeuten van de ambulante en de intramurale geestelijke gezondheidszorg in Nederland.

In 1992 onderzochten we 381 cliënten van de RIAGG OZL te Heerlen (Pieper & Van Uden, 1993a). Het betrof een overwegend katholieke populatie (83% katholiek; 5% protestant; 8% onkerkelijk en 4% anders gelovig). Negenendertig procent van de onderzochten vond dat geloof/ levensbeschouwing hen steunde bij het omgaan met hun problemen. Daar tegenover stond dat 36% vond dat het geloof/de levensbeschouwing de problemen versterkte. De positieve werking van geloof/levensbeschouwing zagen we vooral bij mensen die een persoonlijke band met God hadden en bij ouderen.

In 1992 onderzochten we 328 cliënten van de RIAGG Zwolle (Pieper & Van Uden, 1993b). Wat geloof betreft, was de groep als volgt samengesteld: 29% was Nederlands-hervormd, 19% gereformeerd, 18% katholiek, 8% anders gelovig en 26% rekende zich niet tot een kerkelijke gezindte. Ook voor de hier onderzochte cliënten was in 39% van de gevallen geloof/levensbeschouwing tot steun bij het omgaan met de problemen. Vierendertig procent gaf aan dat geloof/levensbeschouwing de problemen had versterkt. De positieve werking van het geloof/de levensbeschouwing manifesteerde zich vooral bij mensen met een persoonlijke band met God, trouwe kerk-gangers en orthodox gereformeerden.

In 1999 onderzochten we 141 patiënten van de psychiatrische kliniek Van Gogh te Venray (Pieper & Van Uden, 2000). Drieënzestig procent beschouwde zich als

lid van een kerk (overwegend de katholieke kerk), 31% niet en 6% was hier onzeker over. Vierenvijftig procent zei dat geloof/ levensbeschouwing een positieve invloed had gehad op de psychische problematiek, tegenover 16% die sprak van een negatieve invloed. De belangrijkste positieve invloed van geloof/levensbeschouwing bestond uit het verschaffen van zin (cognitieve functie). Vervolgens kwamen de meer affectieve functie (geborgenheid in het geloof/levensbeschouwing, relatie met God), het terecht kunnen bij een geestelijk verzorger (sociale functie) en de ondersteunende functie van rituelen naar voren. Ondersteuning door geloofsgenoten en meer nog het bidden en mediteren golden voor de meerderheid niet meer als positieve invloed. Bij het laatste item zal dit vooral samenhangen met het voorkomen van het woord 'mediteren' in de omschrijving. De jongeren (<45 jaar) deden minder een beroep op de georganiseerde kant van religie (kerkbezoek en beroep doen op een geestelijk verzorger/pastor). Verder bleek dat als geloof/levensbeschouwing een positieve bijdrage leverde aan het verwerken van de problemen, dat een gunstig effect had op het ervaren van existentieel welbevinden.

In 2000 onderzochten we 118 patiënten van het Gereformeerd Psychiatrisch Ziekenhuis 'De Fontein' te Bosch en Duin (Pieper & Van Uden, 2001). Aansluitend bij de bestaansgrond van het ziekenhuis rekende 97% van de respondenten zich tot de protestantse kerken: 63% gereformeerde kerkgenootschappen en 34% Nederlands-hervormd. Ook hier had geloof duidelijk meer positieve dan negatieve invloed op de psychische problematiek: 54% positief en 16% negatief (gelijk dus als in het onderzoek te Venray). Alle aangeboden positieve invloeden van geloof (cognitieve: zingeving verschaffen; affectieve: geborgenheid in het geloof en relatie met God; gedragsmatige: bidden en kerkbezoek en sociale steun zoeken bij een geestelijke verzorger/dominee en/of bij geloofsgenoten) golden voor het merendeel van de onderzochten. De ouderen ondervonden meer positieve invloed dan de jongeren. Verder bleek dat als geloof/levensbeschouwing een positieve bijdrage leverde aan het verwerken van de problemen, dat een gunstig effect had op het ervaren van existentieel welbevinden en tot een lager angstniveau leidde.

De gegevens verzameld bij de cliënten overziend, wordt duidelijk dat voor 39% (ambulant) tot 54% (intramuraal) van deze mensen met psychische problemen geloof/levensbeschouwing mede een positieve rol speelt in het omgaan met hun problematiek. Met name voor intramurale, oudere patiënten is geloof en levensbeschouwing een belangrijke bron van coping met betrekking tot hun psychosociale problematiek. Wij (Pieper & Van Uden, 2001) hebben er de volgende conclusie aan verbonden: In instellingen verblijvende patiënten ervaren

hun levenssituatie als relatief onveranderlijk. Zij hebben gebrek aan copingbronnen gericht op probleemoplossing. Daarom vallen zij terug op copingbronnen die gericht zijn op emotioneel omgaan met de problemen. Een van de belangrijkste 'emotion-focused' copingbronnen is religie. Echter geloof en levensbeschouwing kunnen ook een negatieve invloed hebben. Dit gold voor 36% van de ambulant behandelenden en voor 16% van de intramuraal behandelenden.

Bovenstaande gegevens laten zien dat ook in de Nederlandse situatie aandacht voor geloof en levensbeschouwing voor veel patiënten zou kunnen bijdragen aan het verbeteren van hun levenssituatie. Positieve invloeden kunnen ondersteund worden en negatieve invloeden kunnen getemperd worden. Willen nu geloof en levensbeschouwing een plaats kunnen krijgen in het behandelproces, dan zal de psychotherapeut kennis van en betrokkenheid bij geloof en levensbeschouwing dienen te hebben. Onze onderzoekingen onder therapeuten uit 1996 kunnen hier enig inzicht verschaffen.

Wij startten in 1996 een onderzoek onder therapeuten van twee RIAGG's in het zuiden van het land: Heerlen en Sittard (Pieper & Van Uden, 1997, 1998). De vragen in de vragenlijst die wij gebruikten, betroffen vier onderwerpen of thema's: (i) de geloofs/levensbeschouwelijke achtergrond van de therapeuten; (ii) de relatie tussen geloof/levensbeschouwing enerzijds en de psychosociale problematiek anderzijds. Hoe schatten de therapeuten deze relatie in?; (iii) Hoe gaan de therapeuten met de geloofs/levensbeschouwelijke aspecten om? In welke mate worden ze bij de therapie betrokken en worden er wellicht ook religieuze therapeutische interventies gepleegd?; (iv) Welke contacten bestaan er, tussen therapeuten en geestelijk verzorgers?

Binnen de RIAGG Sittard werden 50 therapeuten benaderd. Vijfentwintig personen deden mee aan het onderzoek. Binnen de RIAGG Heerlen werden 84 therapeuten benaderd. Veertig therapeuten vulden de vragenlijst in. Samen was dat een respons van 49%. De meeste therapeuten waren godsdienstig opgevoed (ja: 70% en enigszins: 23%). Hun actuele religiositeit liet echter zien dat nog maar ongeveer de helft van de therapeuten in God geloofde (ja: 45%; weet niet, onzeker: 15%; nee: 40%). Vijfendertig procent van de therapeuten beschouwde zichzelf als lid van een kerk of een geloofsgemeenschap, 52% niet en 12% wist het niet. Vijfentwintig personen rekenden zich tot de rooms-katholieke kerk, twee tot de Nederlands hervormde kerk, twee beschouwden zich als lid van het humanistisch verbond en twee therapeuten noemden in de rubriek 'anders' het boeddhisme. Van allen bezocht 60% wel eens een kerkdienst (een enkele keer per jaar 51%; maandelijks 6% en wekelijks 3%). Veertig procent bezocht nooit een kerkdienst.

Ter vergelijking: van de Nederlandse bevolking bezocht in 1996 21% vrijwel wekelijks een kerkdienst (Dekker, De Hart, & Peters, 1997).

Met betrekking tot de geloofs/levensbeschouwelijke achtergrond kan het volgende geconcludeerd worden. Vergeleken met de gemiddelde Nederlandse burger geloven therapeuten minder in God, bezoeken ze minder vaak een kerkdienst, geloven ze minder in het bestaan van een transcendente werkelijkheid en hebben ze minder vaak religieuze ervaringen. Wat de relatie tussen geloof/levensbeschouwing en de psychosociale problematiek betreft, denken de therapeuten dat er maar bij gemiddeld 18% van de cliënten een dergelijk verband bestaat. Zij zien even vaak een positieve als een negatieve invloed van het geloof/de levensbeschouwing op de problematiek. Negatieve invloed is volgens de therapeuten vooral verbonden met schuldproblematiek, seksuele problemen en depressie. Positieve invloed is volgens hen vooral verbonden met de gezonde werking van religieuze rituelen bij de verwerking van verlieservaringen. Als er geloofs/levensbeschouwelijke aspecten in het spel zijn, dan gaan de meeste therapeuten daarop in, zo stellen zij. Tegelijk echter vindt een substantieel deel (tweederde) van hen dat ze niet over voldoende vaardigheden beschikken om deze aspecten adequaat te behandelen. Gekoppeld daaraan, geeft men te kennen behoefte te hebben aan bijscholing (46%). Specifieke religieuze therapeutische technieken worden nauwelijks gehanteerd. Contacten met geestelijk verzorgers zijn spaarzaam. Slechts in 1% van de gevallen wordt er doorverwezen. Ten aanzien van uitbreiding van de contacten is men ambivalent.

Aanvullende gegevens werden door cliënten verschaft. Een vraag daarbij was, in hoeverre zij tevreden waren over de mate waarin en de wijze waarop therapeuten omgingen met de geloofs- en levensbeschouwelijke aspecten van hun problematiek. Bij de vraag: Bij de RIAGG wordt voldoende ruimte geboden om de geloofs/levensbeschouwelijke kant van je problemen aan bod te laten komen, toonde tweederde van de ex-clieënten zich tevreden in dit opzicht. Een cliënt verwoordde het als volgt: *'Mijn hulpverlener stond wè l open voor mijn levensopvatting, en respecteerte mij ook hierin. Zelf had zij niet per se dezelfde overtuiging als ik, en gaf eerlijk toe dat ze niet wist of mijn denken juist of onjuist was, desbetreffend. Zij maakte wè l gebruik van mijn levensbeschouwing bij haar hulpverlening aan mij!'* Bij de vraag: Begrijpt de hulpverlener meestal wel wat de cliënt met zijn geloofs/levensbeschouwelijke vragen bedoelt? gaf ongeveer 60% van de onderzochten aan tevreden te zijn. Toch was tegelijkertijd maar ruim eenderde deel tevreden over de manier waarop de concrete hulp aansloot bij de geloofs/levensbeschouwelijke kant van de problemen. In de woorden van een cliënt: *'Ik kon wel*

*vertellen hoe ik de problemen in mijn geloof verwerkte. Maar kreeg geen weerwoord. Daar ze zelf het geloof niet kende. Dit heb ik jammer gevonden'*. Het lijkt erop dat therapeuten wat geloof en levensbeschouwing betreft, wel kunnen en willen luisteren, maar in hun behandeling moeilijker adequate initiatieven op dit terrein kunnen nemen.

## Conclusies

Op grond van het bovenstaande is eerst een aantal conclusies over de betekenis van geloof en levensbeschouwing voor het omgaan met psychische problemen te trekken. Het coping-onderzoek in de Verenigde Staten wijst vooral op een positieve werking van geloof en levensbeschouwing en beveelt dan ook aan voor geloof en levensbeschouwing een structurele plaats in de behandeling in te ruimen. Ook ons eigen onderzoek in Nederland onder ambulante en intramurale patiënten toonde aan dat voor 39% (ambulant) tot 54% (intramuraal) van hen geloof en levensbeschouwing helpen bij het emotioneel omgaan met de problematiek. Echter, er werden ook negatieve invloeden van het geloof gevonden, vooral bij ambulant behandelenden. Dit betekent dat therapeuten voldoende kennis van en betrokkenheid bij geloof en levensbeschouwing dienen te hebben. Veel therapeuten vinden echter dat het hen ontbreekt aan vaardigheden op dit terrein en bijna de helft geeft aan behoefte aan bijscholing te hebben. Ook het oordeel van de cliënten wijst in deze richting. Ze vinden dat de therapeuten wel kunnen en willen luisteren naar hun geloofs/levensbeschouwelijk verhaal, maar dat het hen aan vaardigheden ontbreekt om in de behandeling adequate interventies op dit terrein te plegen. Vaak wordt ook gewezen op de gebrekkige kennis van de therapeut over de geloofsopvattingen en gebruiken.

Al deze conclusies bij elkaar genomen, rechtvaardigen de aanbeveling dat - teneinde de kwaliteit van de hulpverlening aan cliënten met geloofs/levensbeschouwelijke aspecten aan de psychische problematiek te waarborgen - de geloofs/levensbeschouwelijke dimensie een meer prominente plaats in de behandeling zou dienen te krijgen dan ze nu inneemt. Scholing ten behoeve van hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg is hiertoe een noodzakelijke tussenstap. In ons onderzoek onder therapeuten kwam naar voren dat ongeveer de helft van de therapeuten aangaf meer scholing op het terrein van geloof en levensbeschouwing te wensen. Teneinde een begin te maken, zijn wij gestart met het ontwikkelen en op diverse plaatsen uitzetten van een zogenaamde probleemgestuurde onderwijsmodule *Klinische Godsdienstpsychologie* (Van Uden & Pieper, 2001).

Wat betreft de opleiding en bijscholing van hulpverleners kan nog het volgende opgemerkt worden. In de opleiding tot hulpverlener is in de regel nauwelijks plaats voor aandacht voor deze dimensie van het bestaan. Wat is echter in de reguliere programma's wel mogelijk en nodig met betrekking tot het hierboven geschetste?

Op de eerste plaats dient de hulpverlener kennis te nemen van het onderzoek over religieuze coping en de, daarin naar voren tredende, manieren van religieuze verwerking van psychische problematiek. Op de tweede plaats dient ons inziens de hulpverlener de eigen religieuze/ existentiële geschiedenis te hebben verkend. Anders is een onbevangen reflectie over de rol van geloof en levensbeschouwing in de hulpverlening niet goed mogelijk, nog afgezien van de mogelijkheid dat van enigerlei positief uitwerkende interventies sprake zou kunnen zijn. Wat nodig is, is dat hulpverleners kunnen spreken over geloof en levensbeschouwing en kunnen luisteren naar andermans verhalen daarover. Daar is eerst een non-directieve, Rogeriaanse basishouding voor nodig. Bij behandeling van christelijke cliënten en patiënten zou het bovendien wenselijk zijn als deze hulpverleners zouden beschikken over het in de christelijke traditie opgeslagen kapitaal aan verhalen, rituelen en symbolen. Dit kapitaal zou vervolgens ook op een meer directieve wijze in de behandeling ingebracht kunnen worden. Echter, teneinde niet te indoctrineren dienen de hulpverleners in staat te zijn die traditie toe te snijden op de persoonlijke maat van de hulpvragende. Dit kan alleen adequaat als zij hun eigen religieuze biografie kennen en erkennen. Een belangrijk hulpmiddel hierbij is een training waarin hulpverleners leren de eigen geloofs-/ levensbeschouwelijke geschiedenis op een zodanige wijze te hanteren, dat deze geen hinderpaal vormt in het verstaan van de ander. Technisch gezegd: zij dienen te leren hoe zij hun tegenoverdrachtsreacties op het domein van het levensbeschouwelijke professioneel moeten hanteren (Kerssemakers, 1989; Van Uden, 1996). Slechts met een zicht op het eigen geloof, kan men dat van de ander goed ontwaren.

## Literatuur

- Daaleman, T.P. (1999). Belief and subjective well-being in outpatients. *Journal of Religion and Health*, 38, 219-227.
- Dekker, G., Hart, J. de, & Peters, J. (1997). *GOD in Nederland 1966- 1996*. Amsterdam: Anthos/RKK / KRO.

- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middleaged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- James, W. (1994). *The varieties of religious experience. A study in human nature*. New York, NY: Modern Library Press origineel 1902).
- Harrison, M.O. (2001). The epidemiology of religious coping: A review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 13,86-96.
- Kerssemakers, J.H.N. (1989). *Psychotherapeuten en religie. Een verkennend onderzoek naar tegenoverdracht bij religieuze problematiek*. Nijmegen: KSC.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Leuba, J.H. (1896). A study in the psychology of religious phenomena. *American Journal of Psychology*, 7, 309-385.
- Matthews D.A., McCullough, M.E., Larson, D.B., Koenig, H.G., Swyers, J.P., & Greenwold Milano, M. (1998). Religious commitment and health status. A review of the research and implications for family medicine. *Archive for Family and Medicine*, 7,118-124.
- Pargament, K.I. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York, NY: The Guilford Press.
- Pieper, J.Z.T., & Uden, M.H.F. van (1993a). *Ex-clieënten over de RIAGG OZL. Resultaten van een satisfactieonderzoek onder cliënten van wie de behandeling bij de OZL te Heerlen in 1991 is afgesloten*. Heerlen: UTP.
- Pieper, J.Z.T., & Uden, M.H.F. van (1993b). *Ex-clieënten over de RIAGG Zwolle. Resultaten van een satisfactieonderzoek onder cliënten van wie de behandeling bij de RIAGG Zwolle in 1991 is afgesloten*. Heerlen: UTP.
- Pieper, J.Z.T., & Uden, M.H.F. van (1997). *Geloof en levensbeschouwing binnen de RIAGG's te Heerlen en Sittard: Houdingen van therapeuten*. Heerlen: KUN-rapport.
- Pieper, J.Z.T., & Uden, M.H.F. van (1998). RIAGG-therapeuten over geloof en levensbeschouwing. In J. Janssen, R. van Uden, & H. van der Religie en coping in de GGZ 152 Gedrag & Gezondheid 2005-33, nr 3 Ven (Red.) *Schering en inslag. Opstellen over religie in de hedendaagse cultuur*(pp. 52-74). Nijmegen: KSGV.
- Pieper, J.Z.T., & Uden, M.H.F. van (2000). *Geestelijke verzorging op Van Gogh. Onderzoek onder cliënten van het Vincent van Gogh Instituut naar hun geloof/levensbeschouwing en naar hun behoefte aan geestelijke verzorging*. Venray: Van Gogh.
- Pieper, J.Z.T., & Uden, M.H.F. van (2001). *Geestelijke verzorging op de Fontein. Onderzoek onder cliënten van de Fontein naar hun geloof/levensbeschouwing en naar hun behoefte aan geestelijke verzorging*. Zeist: Fontein.
- Starbuck, E.D. (1899). *The psychology of religion. An empirical study of the growth of religious consciousness*. New York, NY: Charles Scibner's & Sons.
- Tepper, L., Rogers, S.A., Coleman, E.M., & Newton Malony, H. (2001). The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatric Services*, 52,660-665.
- Uden, M.H.F. van (1996) *Tussen zingeving en zinvinding. Onderweg in de klinische godsdienstpsychologie*. Tilburg: Tilburg University Press.
- Uden, M.H.F. van, & Pieper, J.Z.T. (2001). Klinische godsdienstpsychologie. Een trainingsmodel. In T. H. Zock & G. Glas (Red.), *Religie in de psychiatrie*(pp. 103-124). Tilburg: KSGV.