



Religie en gezondheid

Professionalisering van een domein

Dit trendbericht beschrijft de recente ontwikkelingen en veranderingen op het gebied van religie en gezondheid. Het gaat om tendensen die naar voren komen in internationale en nationale publicaties van de laatste vijf jaar. De meest duidelijke ontwikkeling kan samengevat worden onder de noemer 'professionalisering van het domein'. Dit toont zich zowel op het vlak van empirisch onderzoek als op het vlak van de implementatie in de praktijk. Daarbij wordt gezondheid breed bekeken en komen verschillende groepen werkzaam in zorg aan bod; gaande van artsen en verpleegkundigen, tot psychologen, therapeuten en pastoraal verzorgenden.

Empirisch onderzoek professionaliseert

Empirisch onderzoek naar de verbanden tussen religie en gezondheid werd jarenlang in de marge van andere onderzoeksvragen bekeken. De laatste decennia is er echter een opvallende toename in studies die de link religie-gezondheid centraal stellen.

Deze vernieuwde interesse in het domein van religie en gezondheid werd echter vooral weerspiegeld in kwantiteit, en minder in kwaliteit van de uitgevoerde onderzoeken. Zo beschrijft het *Handbook of Religion and Health* (Koenig, Larson & McCullough, 2001) meer dan zestienhonderd studies en reviews die zich focussen op religie en gezondheid, maar het overgrote deel van deze studies

zijn zowel methodologisch als theoretisch zwak onderbouwd. Hierin lijkt verandering te komen. Recente publicaties beschrijven meer genuanceerde en diepgaander studies, waarbij aandacht besteed wordt aan het theoretisch kader van de studie en aan een beter onderzoeksdesign.

Plaats binnen copingproces

Ten eerste worden studies vaker gekaderd binnen meer gevestigde theorieën in de psychologie of gedragswetenschappen. Zo zijn er een aantal onderzoekers (bijv. Wachholz & Pearce, 2009) die verder bouwen op het biopsychosociaal-spiritueel model van Sulmasy (2006), dat stelt dat de patiënt moet gezien worden als een ►





persoon op het knooppunt van zowel het fysiologische domein, het psychologische domein, het sociale domein én het spirituele domein. Het model stelt verder dat ziekte en gezondheid een impact hebben op elk van deze domeinen en elk van de domeinen op hun beurt de ervaring van ziekte beïnvloeden.

Daarnaast werken sommige onderzoekers (bijv. Gall et al., 2009; Park, 2010) verder op het gangbare psychologische copingmodel dat beschrijft hoe mensen omgaan met moeilijke levenssituaties. Deze onderzoekers geven religie, en breder: zingeving, een plaats binnen dit copingproces en proberen zo aan te tonen hoe religie een invloed kan hebben op gezondheid. Het verankeren van de empirische studies binnen gewaardeerde theoretische modellen zorgt er ook voor dat het doel van het onderzoek naar een hoger niveau wordt gebracht. Men is niet langer louter geïnteresseerd in de verbanden tussen religie en gezondheid, maar men wil meer zicht krijgen op de onderliggende mechanismen en processen die tot het verband leiden.

Ook in de Nederlandse literatuur is deze trend zichtbaar, bijvoorbeeld in het herfstnummer van *Psyche en Geloof* (volume 21, 2010) en in het werk van verschillende onderzoekers (bijv. Van Eersel et al., 2009; Pieper & Van Uden, 2011; Van Uden, 2008).

Existentiële zingeving

Een tweede opvallende trend binnen het empirisch onderzoek is de conceptualisatie van het begrip religie. Waar religie in het

verleden vooral vanuit een Amerikaans-protestantse hoek werd bekeken, met een nadruk op kerkgang en kerkbetrokkenheid, wordt dit in recent onderzoek aangepast aan meer geseculariseerde en postmoderne samenlevingen. Zo gaan een aantal onderzoekers niet langer uit van een specifiek religieuze traditie om religie te definiëren, maar verbreden zij dit naar een 'algemeen zingevingssysteem' dat zowel een religieuze, spirituele als seculiere inhoud kan hebben (zie voor een uitgebreid overzicht: Park, 2010). Ook bij Scandinavische onderzoekers (La Cour & Hvidt, 2010) zien we deze verbreding naar meer existentiële zingeving in plaats van louter religieuze zingeving. Instrumenten om religie te meten evolueren mee. Om het godsbeeld te meten, bijvoorbeeld, gaat men niet langer uitsluitend uit van een persoonlijk godsbeeld zoals in de grote christelijke tradities, maar houdt men ook rekening met eerder onpersoonlijke godsbeelden of vage godsbeelden (Van Laarhoven et al., 2010).

Negatieve invloed

Een derde recente ontwikkeling is de interesse in hoe religie ook negatief de gezondheid kan beïnvloeden. Terwijl de afgelopen decennia de focus vooral lag op onderzoek naar het positieve effect van religie, wordt er nu ook aandacht besteedt aan mogelijke negatieve invloeden zodat men komt tot meer uitgebalanceerde onderzoeksresultaten. Zo besteden onderzoekers recent aandacht aan religie als een bron van verdriet, stress of twijfel (bijv. Exline, Park, Joshua et al., 2011), aan de rol van spirituele worstelingen als men geconfronteerd wordt

< 'La réproduction', René Margritte. Foto: René Rosmolen



met stressvolle gebeurtenissen (bijv. Ai, Pargament, Appel & Kronfol, 2010) en aan negatieve vormen van religieuze coping (Gerber, Boals, Schuettler et al., 2011).

Longitudinale studies

Ten slotte toont de professionalisering van het onderzoeksdomein zich ook in het gebruik van een sterkere onderzoeksmethodologie. Steeds meer wordt gebruik gemaakt van longitudinale designs waarbij mensen verschillende keren bevraagd worden, zodat men veranderingen in religie en gezondheid kan meten. Dit gebeurt door middel van follow-up studies na bijvoorbeeld hartoperaties (zoals de studies van Ai et al., 2010, Ai & Hall, 2011), door middel van langer lopende studies waarbij de rol van spiritualiteit in het omgaan met een kankerdiagnose wordt onderzocht (bijv. Gall et al., 2009) of via dagboekstudies waarbij de participant dagelijks een vragenlijst invult (bijv. Keefe et al., 2011). Ondanks deze duidelijke ontwikkeling naar meer uitgebreide longitudinale studies blijven deze onderzoeksdesigns toch nog steeds in de minderheid.

Implementatie in de praktijk

De professionalisering van het domein is niet enkel merkbaar in empirisch onderzoek. Opvallend is ook dat er meer aandacht komt voor de implementatie van religie en spiritualiteit in de praktijk van de gezondheidszorg. In het verleden zag men religie en spiritualiteit als onderdeel van de absolute privésfeer. Nu ziet men, voornamelijk in Amerikaanse bronnen, een oproep om de patiënt in zijn totaliteit te

benaderen en dus ook aandacht te besteden aan de zingeving van de patiënt.

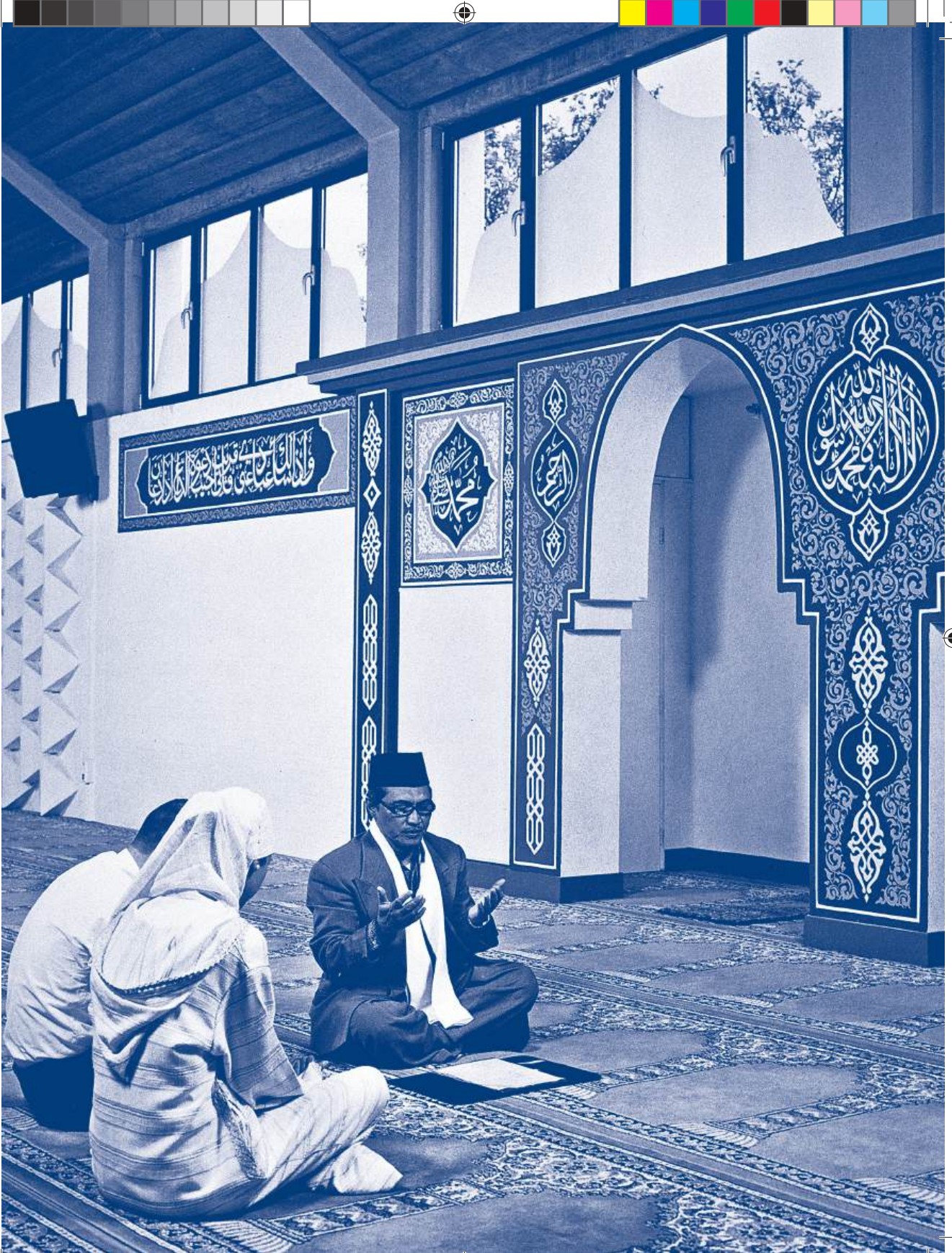
Invloed van religieuze tradities

Verschillende auteurs (Koenig, 2007; Siang-Yang, 2011; Verhagen et al., 2010) geven aan dat zingeving belangrijk is in de gezondheidszorg, omdat de zingeving van de patiënt (gedeeltelijk) bepaalt hoe de patiënt omgaat met lijden, genezen, ziekte en dood. De religieuze of spirituele zingeving kleurt mee het zelf- en wereldbeeld van de patiënt en kan dus de medische keuzes beïnvloeden.

In het boek *Religion and Psychiatry. Beyond boundaries* (Verhagen et al., 2010) bespreken verschillende auteurs de interactie tussen psychiatrie/geestelijke gezondheidszorg enerzijds en de grote religieuze tradities anderzijds. Men gaat hier uitgebreid in op hoe een religieuze traditie invloed uitoefent op de ideeën die men heeft rond psychisch ziek zijn, psychotherapie en psychiatrie. Hierbij komen het jodendom, het christendom, de islam, de Afrikaanse religies, het hindoeïsme en het boeddhisme aan bod.

Ook binnen Vlaanderen is er zeer recent aandacht voor de thematiek 'religie in zorg'. De Werkgroep pluriculturele zorg NVKVV geeft in zijn handboek *Pluriculturele zorg – ook onze zorg* (2011) aan op welke manieren religie (met focus op islam) een rol kan spelen in de praktijk van verpleegkundigen, vroedvrouwen en zorgkundigen. De auteurs gaan in op belangrijke domeinen binnen zorg, zoals palliatieve zorg en therapietrouw, waar ►

'Religie nu', Eddy Seesing. Foto: René Rosmolen >





de culturele en religieuze opvattingen van de patiënt zullen interfereren met de zorgpraktijk.

Spirituele behoeften

Daarnaast komt er meer aandacht voor de plaats van religie en spiritualiteit in het omgaan met ziekte, meer specifiek de rol van religie in het copingsproces van patiënten. Verschillende auteurs wijzen erop dat het noodzakelijk is bij de patiënt na te gaan of zijn/haar religie inderdaad een belangrijke factor is bij het omgaan met de ziekte. Er wordt daarom door sommigen (bijv. Koenig, 2007) voorgesteld om een korte religieuze anamnese af te nemen tijdens het intakegesprek (bijv. CSI-MEMO Spiritual History, ACP Spiritual History, of FICA Spiritual History), om zo te peilen naar het belang van religieuze zingeving in het leven van de patiënt.

Een aantal auteurs gaat ook een stuk verder en pleiten ervoor om religie en spiritualiteit niet enkel te betrekken in de intakefase maar ook in de behandelingsfase. Zo biedt Koenig (2007) in zijn handboek *Spirituality in patient care* aan zorgverleners verschillende handvaten om spiritualiteit op een kwaliteitsvolle manier te implementeren in zorgverlening. Hij heeft hierbij aandacht voor verschillende zorgverleners, namelijk artsen, verpleegkundigen, pastorale verzorgers, sociaal werkers en psychologen/psychotherapeuten. Verschillende topics worden besproken, zoals het peilen naar de spirituele behoeften van de patiënt, het al dan niet bidden met een patiënt, of het doorverwijzen naar geestelijken. Belangrijk is dat Koenig, in parallel met het onderzoeksveld, ook benadrukt dat religie en

spiritualiteit negatieve gevolgen kunnen hebben en dat de zorgverlener dit in het oog moet houden. In navolging hiervan geeft hij aan dat het belangrijk is als zorgverlener de grenzen van je handelen te kennen en te respecteren.

Eigen grenzen

Parallel hiermee is er ook in het veld van palliatieve zorg steeds meer aandacht voor spirituele zorg (e.g. Byrne, 2007; Leget, 2008; Van Laarhoven & Leget, 2007). Zo richtte de European Association for Palliative Care een *taskforce* op met als doel spirituele zorg binnen palliatieve zorg beter te ondersteunen zowel via onderzoek als via opleiding (zie www.eapcnet.eu/themes/clinicalcare/spiritualcareinpalliativecare.aspx en Nolan, 2011). Op dit moment heeft spirituele zorg binnen de palliatieve zorg nog geen structurele inbedding, maar er wordt wel gewerkt aan een duidelijker theoretisch kader. De Landelijke richtlijn 'Spirituele zorg' van de vereniging integrale kankercentrale/pallialine is daar een duidelijk voorbeeld van (Leget e.a., 2010). Ook hierin pleit men voor een multidisciplinaire aanpak, maar met respect voor de eigenheid en beperktheid van iedere discipline.

Dit laatste aspect, het (h)erkennen van grenzen, wordt door andere auteurs ook aangehaald als het gaat om religie en psychologie/therapie. Zock (2007) stelt dat de psychologie als discipline een steeds belangrijkere plaats inneemt in de theorie en methodiek van geestelijke verzorgers (p. 15), maar dat tegelijkertijd ook psychologische hulpverleners zich steeds meer met 'zingeving' bezighouden. Ze wijst er dan ook op dat de



afbakening psychische zorg versus geestelijke zorg een belangrijk hedendaags vraagstuk is, maar besluit dat een strikt onderscheid tussen beiden domeinen niet mogelijk is. Ze pleit dan ook voor een samenwerking tussen geestelijke verzorgers en psychologische hulpverleners.

Ook Van Heeswijk (2009) bevestigt dit en stelt dat psychotherapie en geestelijke verzorging elkaar moeten kennen en respecteren en, waar dat passend is, samenwerken (p. 37). Hij voegt er echter als kritische noot aan toe dat ze ook respectvol onafhankelijk en van elkaar gescheiden moeten blijven.

Verhagen en Avgoustidis (2010) bekijken deze thematiek kritisch en geven een duidelijke beschrijving waarom een samenwerking tussen psychologische en pastorale hulpverleners niet vanzelfsprekend is. Hierbij stellen ze dat de historische vijandigheid tussen psychologie en religie gecombineerd met het gebrek aan kennis van elkaars vakgebied vaak als oorzaak kan gezien worden. Maas (2011) echter stelt dat een goede begeleider de psychische begeleiding kan laten overgaan in geestelijke begeleiding en vice versa. Hij lijkt hierbij sterker aan te sluiten bij sommige Amerikaanse hulpverleners die pleiten voor een nauwere samenhang tussen religie en therapie.

In de Special Issue 'Psychotherapy with religious and spiritual clients' (2009) van de *Journal of Clinical Psychology* worden een aantal mogelijke vormen van religieuze psychotherapie besproken. Zo komen achtereenvolgens aan bod: de 'spiritually oriented psychodynamic psychotherapy' (Shafrankse), de 'religiously accomodated cognitive-behavioral therapy' (Hathaway en Tan), de 'theistic spiritual

psychotherapy' (Richards et al.), spiritueel georiënteerde behandelingen voor alcoholverslavingen (Delaney et al.) en psychotherapie met moslims (Dwairy).

Een meer diepgaande bespreking van spiritualiteit in het therapeutische proces is ook te vinden in het handboek van Aten & Leach (2009). Het recente Amerikaanse handboek *Counseling and Psychotherapy: A christian perspective* (Tan, 2011) bespreekt uitgebreid hoe christelijke theologie een rol kan spelen in christelijke counseling en welke integratiemogelijkheden er zijn, en belicht ook de ethische kant van de zaak. Zowel Koenig (2007) als Verhagen et al. (2010) geven aan dat religie en spiritualiteit binnen psychotherapie met voorzichtigheid, kennis en professionaliteit moet benaderd worden. De therapeut moet zijn eigen grenzen kennen, beducht zijn voor overdracht en tegenoverdracht en op tijd doorverwijzen of samenwerken met een geestelijk verzorger.

Conclusie

Op dit ogenblik krijgt 'religie en gezondheid' meer aandacht en lijkt er een professionalisering van het domein gestart. Dit toont zich in zowel empirisch onderzoek met meer aandacht voor gefundeerde theoretische kaders en een sterkere methodologische onderzoeksdesigns, als in meer aandacht voor religie in de zorgpraktijk. Steeds meer zorgverleners komen in onze multiculturele samenleving in contact met de religieuze en spirituele zingeving van hun patiënten. Zowel Europese als Amerikaanse auteurs proberen richtlijnen aan te reiken die hulpverleners kunnen gebruiken in deze confrontatie. ▷



Tegelijkertijd is duidelijk dat dit nog een vrij recente ontwikkeling is en er meer onderzoek en discussie nodig is om te kunnen komen tot *evidence-based* handelen als het gaat om religie en gezondheid. ◀

Referenties

- Ai, A.L. (2010). Depression following open-heart surgery: the pathway of interleukin-6 and spiritual struggle. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 123-123.
- Ai, A.L., Pargament, K.I., Appel, H.B. & Kronfol, Z. (2010). Depression Following Open-Heart Surgery: A Path Model Involving Interleukin-6, Spiritual Struggle, and Hope Under Preoperative Distress. *Journal of Clinical Psychology*, 66(10), 1057-1075.
- Aten, J. & Leach, M. (eds.) (2008). *Spirituality and the therapeutic process: A comprehensive resource from intake through termination*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Byrne, M. (2007). Spirituality in palliative care: What language do we need? Learning from pastoral care. *International Journal of Palliative Nursing*, 13, 118-124.
- Cour, P. la & Hvidt, N.C. (2010). Research on meaning-making and health in secular society: Secular, spiritual and religious existential orientations. *Social Science & Medicine*, 71(7), 1292-1299.
- Eersel, J., Laarhoven, H. van, Pieper, J., Smeets, W. & Uden, R. van (2009). Religious and nonreligious coping among cancer patients. *JET: Journal of Empirical Theology*, 22, 195-215.
- Exline, J.J., Park, C.L., Smyth, J.M. & Carey, M.P. (2011). Anger Toward God: Social-Cognitive Predictors, Prevalence, and Links With Adjustment to Bereavement and Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(1), 129-148.
- Gall, T.L., Guirguis-Younger, M., Charbonneau, C. & Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(11), 1165-1178.
- Gall, T.L., Kristjansson, E., Charbonneau, C. & Florack, P. (2009). A longitudinal study on the role of spirituality in response to the diagnosis and treatment of breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(2), 174-186.
- Gerber, M., Boals, A. & Schuettler, D. (2011). The unique contributions of positive and negative religious coping to posttraumatic growth and PTSD. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(4), 298-307.
- Hall, D.E., Meador, K.G. & Koenig, H.G. (2008). Measuring religiousness in health research: Review and critique. *Journal of Religion & Health*, 47(2), 134-163.
- Heeswijk, A. van (2009). *Inbreken in een leegte. Klinisch godsdienstpsychologische essays*. Tilburg, Nederland: KSGV.
- Keefe, F.J., Affleck, G., Lefebvre, J., Underwood, L., Caldwell, D.S., Drew, J. et al. (2001). Giving with rheumatoid arthritis: The role of daily spirituality and daily religious and spiritual coping. *Journal of Pain*, 2(2), 101-110.
- Koenig, H. (2007). *Spirituality in patient care: Why, how, when, and what*. West Conshohocken, PA: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H., McCullough, M. & Larson, D. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Laarhoven, H.W.M. van & Leget, C. (2007). De vragen aan het einde. Aandacht voor spiritualiteit in de palliatieve fase. *Medisch Contact*, 62, 1898-1901.
- Laarhoven, H.W.M. van, Schilderman, J., Vissers, K.C., Verhagen, C.A.H. H.V.M. & Prins, J. (2010). Images of God in Relation to Coping Strategies of Palliative Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(4), 495-501.
- Leget, C. (2008). *Van levenskunst tot stervenskunst. Over spiritualiteit in de palliatieve zorg*. Tiel: Lannoo.
- Leget, C. e.a., (2010). Richtlijn spirituele zorg. In: A. de Graeff e.a. (red.). *Palliatieve zorg: richtlijnen voor de praktijk*. Utrecht: VIKC, 637-662; ook te vinden op www.pallialine.nl
- Maas, F. (2011). *De glans van het gewone. Spiritualiteit en geestelijke gezondheid*. Tilburg, Nederland: KSGV.
- NVKVV, Werkgroep Pluriculturele Zorg (2011). *Pluriculturele zorg: Ook onze zorg*. Antwerp, Belgium: De Standaard Uitgeverij.
- Nolan, S., Saltmarsh, P., Leget, C. (2011). Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. *European Journal of Palliative Care*, 18, 86-89.
- Park, C.L. (2010). Making Sense of the Meaning Literature: An Integrative Review of Meaning Making and Its Effects on Adjustment to Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257-301.
- Pieper, J. & Uden, R. van (2011). 'Whenever God shines His light on me...' Religious coping in clinical healthcare institutions. *Mental Health, Religion & Culture*, 15, 1-14.
- Sulmasy, D. (2006). *The rebirth of the clinic: An introduction to spirituality in health care*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Tan, S.Y. (2011). *Counseling and psychotherapy: A christian perspective*. Grand Rapids, MI: Baker Academic.
- Uden, M.H.F. van (2008). Religie in de geestelijke gezondheidszorg: Religious coping. *Van analyse tot zorginnovatie*, 11, 9-11.



- Verhagen, P., Praag, H. van, Lopez-Ibor Jr., J., Cox, J. & Moussaoui, D. (eds). (2010). *Religion and psychiatry. Beyond Boundaries*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Wachholtz, A.B., & Pearce, M.J. (2009). Does spirituality as a coping mechanism help or hinder coping with chronic pain? *Current Pain and Headache Reports*, 13(2), 127-132.
- Worthington, E.J. & Aten, J. (2009). Special Issue: Psychotherapy with religious and spiritual clients. *Journal of Clinical Psychology: In session* 65.
- Zock, H. (2007). *Niet van deze wereld? Geestelijke verzorging en zingeving vanuit godsdienstpsychologisch perspectief*. Tilburg, Nederland: KSGV.

Jessie (dr. J.) Dezutter is postdoctoraal onderzoeker (Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen) aan het Centrum voor Godsdienstpsychologie van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Leuven.
jessie.dezutter@ppw.kuleuven.be