

Religious Coping en Veerkracht

Rien van Uden

“When I find myself in times of trouble...”

Als ik met deze regels begin zullen de meesten onder u, zo denk ik, in staat zijn de vervolgregels aan te vullen: Mother Mary comes to me, speaking words of wisdom: let it be, let it be.

Daarmee hebben we het dan inderdaad meteen over religious coping. Oftewel de wijze waarop het religieuze domein in staat is mensen in tijden van troubles verlichting bij hun problemen te verlenen.

Nu zou ik op deze plaats kunnen uitwijden over wat voor soorten religious coping er dan wel niet allemaal zijn te onderscheiden. Dat zal ik echter verderop slechts summier doen omdat mijn collega Jos Pieper en ik recentelijk een boek het licht hebben doen zien onder de titel "Religion and Coping in Mental Health Care" (Pieper & Van Uden, 2005)*.

Nadat het thema religie en levensbeschouwing jarenlang wat in de marge van de geestelijke gezondheidszorg heeft moeten opereren in een tijd van steeds maar toenemende secularisatie, lijkt het er de laatste tijd op dat dit thema weer salonfähig is geworden. In de sociale psychologie en de gezondheidspsychologie was het lange tijd ondenkbaar dat er aandacht zou ontstaan voor zaken als spiritualiteit of religie. Toch is er in augustus 2005 een themanummer verschenen in het tijdschrift Gedrag en Gezondheid onder de titel “Religie, Spiritualiteit en Gezondheid” (Van Uden & Van Heck, 2005). En in gedragstherapie kringen is recentelijk via het thema Mindfulness, meditatie geschaard onder de effectieve cognitief gedragstherapeutische technieken. Het kan verkeren!

Religious 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 19^e eeuw verkende James (1994, (1902)) 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.

Laat ik eerst ingaan op het 'coping'-aspect van religieuze coping. Het coping-onderzoek is vooral tot bloei 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), lichamelijk (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 lichamelijk, 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, 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 diepingrijpende 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.

Ook is het religieuze copingonderzoek zeer geïnteresseerd in de effecten van religieuze coping op het lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel welbevinden van de betrokkenen. Op die manier sluit men aan bij de in de godsdienstpsychologie al langer bestaande onderzoekslijn 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.

Conclusies

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 het onderzoek dat ik de afgelopen jaren samen met Jos Pieper heb uitgevoerd 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 (Pieper & Van Uden, 1993a, 1993b, 2000, 2001). Echter, er werden ook negatieve invloeden van het geloof gevonden, vooral bij ambulant behandelenden. Dit betekent dat hulpverleners 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 (Pieper & Van Uden, 1997, 1998). 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.

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 zijn 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.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged 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-cliënten 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-cliënten 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 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.
- Pieper, J.Z.T., & Uden, M.H.F. van (2005). *Religion and Coping in Mental Health Care*. Amsterdam/New York: Rodopi.
- 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.
- Uden, M.H.F. van, & Van Heck, G.L. (2005). Themanummer "Religie, Spiritualiteit en Gezondheid". *Gedrag & Gezondheid*, 33, 3.