

Spiritualiteit en religie.
Het verband met geestelijke en lichamelijke gezondheid
Jaap van der Stel

Running Head: Spiritualiteit, religie en gezondheid

Jaap C. Van der Stel is als senior onderzoeker werkzaam bij De Geestgronden, instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Correspondentieadres: Postbus 5, 2120 BA Bennebroek. E-mail : j.vd.stel@geestgronden.nl. Een veel uitgebreidere versie van dit artikel, waarin onder andere ook ingegaan wordt op het werk van Ken Wilber en complementaire en alternatieve geneeskunde, is te vinden op <http://www.transformaties.org/stel/ggz/ART.SPIRI.RELI.pdf>.

Summary

Spirituality and religion. The association with mental and physical health

This article discusses spirituality and religion in relation to somatic and mental health and health care. It emphasizes mental health, because it is assumed that the effects on somatic health are mediated or modulated via improvements of mental health (including a better coping with stressful situations). The term 'spirituality' refers to the subjective, inner journey – eventually the encounter with God. It is also the category that summarizes modern – New-Age-related – movements. The term 'religion' is especially related to the common organization of that journey; religion is concerned with the attributes of the journey and the travel books. The structure of this article is as follows: in the first part religion and spirituality will be defined. This paragraph is the overture to the second paragraph that discusses the outcomes of scientific research on the relationships between spirituality and/or religion and (mental) health. The third paragraph presents the explanations that are proposed by researchers regarding the health-related effects of religion and spirituality – it discusses also some theoretical contributions from the neurosciences. The article ends with a paragraph that discusses the consequences of some research findings for clinical practice.

Inleiding

In dit artikel bespreek ik spiritualiteit en religie in verband met lichamelijke en geestelijke gezondheid en gezondheidszorg. Het vormt de weerslag van een verkenning van de (internationale) onderzoeksliteratuur. Ik besteed naar verhouding veel aandacht aan geestelijke gezondheid. De achtergrond daarvan is het vermoeden dat de effecten op de lichamelijke gezondheid – op een nog nauwelijks goed in kaart gebrachte wijze – beïnvloed worden door de verbetering van de geestelijke gezondheid, waaronder een betere coping met stressvolle situaties.

Met de term 'spiritualiteit' leg ik het accent op de subjectieve, innerlijke reis – eventueel de ontmoeting met God. De term 'religie' heeft vooral betrekking op de gemeenschappelijke organisatie van die reis; de religie zorgt voor de reisattributen en de reisboeken. Toch is het onderscheid relatief. Veel auteurs duiden met religie vooral de traditionele wereldgodsdiensten plus het boeddhisme aan, en gebruiken de term 'spiritualiteit' voor allerlei geloofsopvattingen of transcendente ervaringen en opvattingen. Met het woord 'spiritualiteit' worden ook moderne – New-Age-achtige – stromingen samengevat.

De opbouw van dit artikel is als volgt. In de eerste paragraaf definieer ik religie en spiritualiteit. Dit vormt de opmaat voor de tweede paragraaf, waarin ik de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek naar het verband tussen spiritualiteit en/of religiositeit en (geestelijke) gezondheid bespreek. In de derde paragraaf beschrijf ik de door enkele onderzoekers voorgestelde verklaringen voor de gezondheidseffecten van religie en spiritualiteit. Daarbij ga ik in het kort ook in op bijdragen vanuit de neurowetenschappen. Ik besluit dit artikel met een paragraaf waarin ingegaan wordt op de consequenties van enkele onderzoeksbevindingen voor de klinische praktijk.

Religie en spiritualiteit

Begripsonderscheidingen

In dit artikel worden religiositeit en spiritualiteit vaak in één adem genoemd. Veel onderzoekers, die hebben gezocht naar de relatie tussen geestelijke of lichamelijke gezondheid of ziekte én de betrokkenheid van mensen (groepen patiënten) bij religieuze of spirituele opvattingen en praktijken, hebben tussen deze twee fenomenen niet of nauwelijks een onderscheid gemaakt.

In de moderne tijd wordt het begrip 'spiritualiteit' meer en meer een algemene aanduiding voor religies en andere, niet-godsdienstige geloofsopvattingen. Het geeft op een bepaald abstractieniveau een gemeenschappelijke uitdrukking aan de ontelbare stromingen die in het

'spirituele landschap' te vinden zijn. De term dekt ook de opvattingen van mensen die aangeven wel een spiritueel leven te leiden, of zich bewust zijn van een spirituele dimensie in hun leven, maar dit niet of nauwelijks kunnen of willen relateren aan een coherent stelsel van ideeën, laat staan aan een organisatie van gelijkgezinden die collectief hun 'spirituele zijn' in praktijk brengen.

Het woord 'spiritualiteit' komt van het Latijnse *spirare* (ademen). Spiritualiteit wordt thans gebruikt als aanduiding voor een breed spectrum van menselijke ervaringen, variërend van traditionele religies (Testerman, 1997), New-Age-achtige ideeën, unieke mystieke ervaringen alsook het zoeken naar de diepere betekenis van het leven. Gemeenschappelijk aan opvattingen, gebeurtenissen of verschijnselen die worden geassocieerd met spiritualiteit is dat het menselijk leven een diepere dimensie kent en dat er naast de fysieke ook een spirituele of heilige werkelijkheid bestaat waar iedereen, die daarvoor open staat en moeite voor doet, naar toe kan reizen.

Oorspronkelijk werd spiritualiteit, in de westerse wereld, sterk vereenzelvigd met geloof in God, maar in de moderne spirituele denkwijzen is er ook ruimte voor andersoortige *transcendente* ervaringen. Men erkent echter ook het bestaan van niet-religieuze vormen van spiritualiteit die gekenmerkt worden door de ervaring van een buitengewone energie en compassie (Emmons & Paloutzian, 2003).

Spiritualiteit verwijst voor de betrokkenen naar datgene wat hun leven werkelijk zin geeft én compleet maakt. Mensen met spirituele ervaringen voelen zich doorgaans hecht verbonden met andere mensen en ontleen aan hun opvattingen morele principes. Persoonlijke spirituele ervaringen kenmerken zich door gevoelens van eenwording en vervolmaking, ontdaan van de dwang, de begrenzingen en de fragmentatie die het dagelijkse leven met zich meebrengt.

Het belangrijkste onderscheid tussen spiritualiteit en religie is dat spiritualiteit betrekking heeft op een innerlijke, persoonlijke en in beginsel grenzeloze ervaring, terwijl religie zich juist kenmerkt door haar gemeenschapskarakter en begrenzingen. Religie is afgeleid van het Latijnse *religare* (vastbinden of vastmaken). Bij spiritualiteit ligt het accent op de geestelijke reis, religie organiseert het geestelijke leven in sociale en culturele kaders (Testerman, 1997). In het denken over religie legt men gewoonlijk het accent op de leerstellingen, rituele praktijken en tradities die erop gericht zijn verbinding te leggen met God of in ieder geval een spirituele werkelijkheid.

We kunnen religies opvatten als de organisatievorm voor het opdoen van spirituele ervaringen. Het rigide vasthouden aan een onderscheid tussen vorm (religie) en inhoud (spiritualiteit) is echter niet erg productief. Wellicht is het beter religiositeit en spiritualiteit op te vatten als twee nauw met elkaar verweven aspecten van 'geestelijk zijn'. Bij religiositeit treedt inderdaad de vastgelegde, geritualiseerde en sociale dimensie duidelijker op de voorgrond.

Bij spiritualiteit, zeker wanneer het in cultureel opzicht nieuwe fenomenen betreft, zoals met veel niet-westerse levensfilosofieën het geval is, staat de persoonlijke transcendentale ervaring duidelijker voorop. Het is overigens significant dat spiritualiteit – los van religie – pas in de recente geschiedenis zo'n opgang heeft gemaakt. Mogelijk sluit spiritualiteit beter aan bij de sterk geïndividualiseerde levenswijze in de moderne tijd. Spiritualiteit is zo beschouwd een hyperindividuele invulling van de algemeen menselijke behoefte aan religie.

Het is niettemin voorstelbaar dat religie wordt beleden zonder dat de betrokkenen spirituele ervaringen opdoen. Eveneens is het mogelijk dat spiritualiteit voorkomt zonder dat deze gerelateerd is aan een herkenbare religieuze uitdrukkingsvorm en praktijk. In de praktijk zijn gelovige mensen niet slechts 'spirituele wezens'; bij hen bestaat in de meeste gevallen ook een diepe behoefte aan tussenmenselijk contact en aan rituelen die hun spirituele leven structuur bieden. Verder is het moeilijk voorstelbaar dat mensen hun spirituele ervaringen kunnen bevatten en met anderen kunnen delen zonder dat ze daarbij gebruik maken van een bij uitstek *sociaal* en *cultureel* fenomeen: de taal. Spiritualiteit is daarom – vroeger of later – verbonden met een religieuze praktijk (met of zonder de verering van een of meerdere goden) die zorgt voor een gemeenschap van gelovigen, de taalkundige uitdrukkingsvormen en de 'gereedschappen' om al dan niet gemeenschappelijk het spirituele te ontmoeten (Testerman, 1997).

Nadere verkenning van religiositeit en spiritualiteit

Het vermogen zich religieus te gedragen, inclusief de diverse affectieve, sociale en cognitieve kenmerken die daarbij horen, is het product van natuurlijke selectie. Het is niet onmogelijk dat enkele van de psychologische voorwaarden tot religieus gedrag tezamen en in interactie met de oorspronkelijke primitieve religieuze systemen tot stand zijn gekomen. In ieder geval is in alle (historische) samenlevingen het geloof in bovennatuurlijke krachten wijdverbreid, ook al strookt de inhoud van het geloof niet met de intuïtie of met zintuiglijke waarnemingen. Religies gaan vergezeld van openbare uitingen van de hechte betrokkenheid bij deze geesten door offers van materiële goederen en andere rituelen, die ook fungeren om de geloofsgemeenschap als zodanig te bekrachtigen. Voor de betrokkenen biedt religie een medium om met de angsten van het aardse bestaan om te gaan (Atran & Norenzayan, 2004).

Religie heeft, in psychologische zin, betrekking op de zoektocht naar betekenis, maar het is meer. Religie draagt ook bij aan de versterking van zelfcontrole en het vormt het medium voor de realisatie van de diepmenselijke verlangens naar eenheid, integratie en harmonie. Verder is religie een bron van persoonlijke potenties (*empowerment*), verschaft het sociale steun én biedt het een kader om identiteit te ontwikkelen en voorziet het in continuïteit. Tenslotte versterkt het de typisch menselijke neiging tot altruïstisch gedrag. Het is echter geen automatisme dat de betrokkenheid bij religie 'leidt tot' een optimistische en zichzelf beheersende en vredige persoonlijkheid, die zichzelf waardeert en prosociaal gedrag vertoont.¹ Er bestaan genoeg voorbeelden van het tegendeel, zoals de fundamentalistische stromingen van de wereldgodsdiensten dagelijks laten zien. Niettemin biedt religie (en/of spiritualiteit) ontegenzeggelijk psychologische voordelen (Saroglou, 2004). Religie en spiritualiteit zijn vooral voor mensen met een ziekte of een psychische stoornis relevant omdat ze antwoorden geven voor gevoelens over tekortkomingen in hun leven c.q. bij hun zelf.

Religie vormt een van de belangrijkste bronnen van diepgaande emotionele ervaringen. Mensen nemen tijdens of na gebeurtenissen die sterke emotionele reacties oproepen vaak hun toevlucht tot religie en melden juist dan, voorheen ongekende, spirituele ervaringen. Daarom is het verbazingwekkend dat in disciplines als de psychiatrie en psychologie, die zich bij uitstek richten op de affectieve dimensie van het menselijk bestaan, er voor de specifieke – cultuurhistorische – manier waarop mensen hun affecten ervaren of tot uitdrukking brengen zo weinig belangstelling is in de reguliere handboeken, opleidingen en de dagelijkse klinische praktijk .

Het is in het algemeen belangrijk om zicht te hebben op de culturele achtergronden van patiëntengroepen en hun gezondheidsproblematiek. Door de stroom aan onderzoekingen en publicaties over biologische psychiatrie en psychologie én de gestage opmars van biologische interventietechnieken is op zijn minst de schijn gewekt dat de relevantie van de culturele dimensie is gedaald tot het niveau van een beïnvloedende of 'verstorende' factor, die in de toekomst – beter dan nu het geval is – onder controle zou kunnen worden gehouden.

Een gezondheidszorg die zich niet bewust is van haar eigen *culturele* fundament loopt het gevaar (a) niet alleen blind te zijn voor de door de cultuur bepaalde manier waarop patiënten en hun problemen worden waargenomen en benaderd, maar ook (b) het belang van het culturele aspect voor de patiënten zelf te veronachtzamen. Het is een veelvoorkomend probleem dat iets, zoals religiositeit of spiritualiteit, dat door iemand als irrelevant wordt bevonden 'mutatis mutandis' ook voor anderen weinig tot geen waarde zou hebben. Verschillende onderzoekers hebben vastgesteld dat de meeste mensen zichzelf als religieus en spiritueel zien (Emmons & Paloutzian, 2003). Hulpverleners zijn evenwel duidelijk minder gelieerd aan religie of spiritualiteit dan hun patiënten. Dit brengt met zich mee dat zij in hun werkmethoden hieraan ook minder aandacht besteden ofschoon uit diezelfde onderzoekingen blijkt dat patiënten wat dit betreft andere voorkeuren hebben.

¹ Bovendien kunnen ook andere sociaal-culturele bronnen bijdragen aan de genoemde persoonlijkheidsfactoren.

Het verband tussen religie en/of spiritualiteit en gezondheid

Lichamelijke en geestelijke gezondheid

Het is inmiddels geaccepteerd om onderzoek te doen naar het verband tussen religie of spiritualiteit en gezondheid of ziekte (Miller & Thoresen, 2003). Lastiger is het uiteraard om de daarbij gebruikte begrippen tot bruikbare en algemeen aanvaarde definities te operationaliseren. De conceptualisering van religie en spiritualiteit staat elders in dit artikel ter discussie. Over wat men onder lichamelijke gezondheid verstaat, is tegenwoordig nauwelijks nog discussie. Gezondheid laat zich goed definiëren met behulp van biomedische parameters. Lastiger wordt het overigens wel als de brede definitie die de WHO heeft opgesteld, wordt gehanteerd: een toestand van volledig lichamenlijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden. Voor geestelijk welbevinden of geestelijke gezondheid zijn nauwelijks algemeen geaccepteerde concepten voorhanden, tenminste als we onder geestelijk gezond meer willen verstaan dan de afwezigheid van een psychiatrische diagnose.

In de somatische gezondheidszorg spreekt men van fysieke fitheid in contrast tot somatische aandoeningen. Het is omstrede om psychische stoornissen gelijk te stellen aan somatische ziekten, omdat daarmee enkele unieke kenmerken van psychische problemen buiten beeld dreigen te vallen (Albee & Joffe, 2004). Toch is het gebruikelijk om bij psychische stoornissen te spreken van 'geestelijke gezondheid' als de psychische pendant van lichamelijke fitheid.

In de geestelijke gezondheidszorg, alsmede de belangrijkste disciplines die daarbinnen werkzaam zijn, zoals de psychiatrie en de klinische psychologie, is het begrip 'geestelijke gezondheid' evenwel veel minder scherp omlind als het begrip 'psychische ziekte'. De psychiatrische handboeken en in het bijzonder de diverse versies van de DSM zijn heel concreet waar het de definiëring van ziektebeelden betreft. De criteria op grond waarvan we mogen spreken van 'geestelijke gezondheid', en de gradaties daarvan, blijven goeddeels impliciet. Voor de klinische praktijk lijkt dat overigens nauwelijks een probleem, zolang de bevordering van geestelijke gezondheid en het bedrijven van 'positieve' psychiatrie of psychologie worden opgevat als 'luxueus' tijdverdrijf dat buiten het domein van de gezondheidszorg valt.

Een en ander betekent niet dat er geen pogingen zijn ondernomen om het begrip 'geestelijke gezondheid' grond onder de voet te geven en te operationaliseren. Recent beschreef Vaillant (2003) zes modellen van geestelijke gezondheid. De modellen relateren geestelijke gezondheid aan: (i) bovengemiddeld functioneren, zoals bijvoorbeeld blijkt uit hoge scores op de GAF-schaal (as-V van de DSM-IV); (ii) positieve psychologie (vgl. de humanistische psychologie van Maslow [1968, 1987]); (iii) rijpheid (bezien vanuit het perspectief van een volwassene); (iv) sociaal-emotionele intelligentie (vgl. het begrip 'emotionele intelligentie' van Goleman [1995]); (v) subjectief welzijn (een toestand van geluk en tevredenheid); of (vi) veerkracht, zoals blijkt uit succesvolle en harmonische aanpassing aan de omgeving.

Alleen in het tweede model is de dimensie van transcendentie (o.a. spiritualiteit en geloof) opgenomen. Maar dit laat onverlet dat de andere modellen wel positieve correlaties kunnen laten zien tussen de op basis van het model gemeten geestelijke gezondheid en religiositeit of spiritualiteit.

Vaillant (2003) stelt vast dat elk model slechts een paar aspecten van geestelijke gezondheid beschrijft. Het probleem bij de omschrijving van geestelijke gezondheid is, aldus Vaillant, dat een gemiddelde waarde niet gelijk staat aan 'gezond'. Verder is elke opvatting van wat gezond is sterk afhankelijk van geografische en sociaal-culturele omgevingsfactoren. Ook is het nodig duidelijk te onderscheiden of men het over een structurele toestand (*trait*) of een momentopname (*state*) heeft. Tenslotte zijn begripsomschrijvingen van geestelijke gezondheid altijd gebonden aan waarden. Het is daarmee een illusie te denken dat een onpartijdige, universeel geldige definitie van geestelijke gezondheid mogelijk is. Het is dus belangrijk om de moeilijkheid om geestelijke gezondheid 'objectief' te bepalen en te betrekken bij het interpreteren van de in de volgende paragraaf gepresenteerde bevindingen.

Literatuuroverzichten

In de afgelopen jaren zijn verschillende overzichtsstudies verschenen over het verband tussen de betrokkenheid van mensen bij een religieuze stroming c.q. spiritualiteit en de kwaliteit van hun gezondheid. De aandacht gaat daarbij uit naar de preventie van ziekte, het hanteren van ziekte (coping) en het herstel. Hieronder geef ik een overzicht van belangrijke, meerdere malen gerepliceerde bevindingen over de gezondheidseffecten van religie en spiritualiteit. De uitkomsten overlappen elkaar, wat niet verwonderlijk is omdat ze zich gedeeltelijk op dezelfde bronnen baseren.

Matthews et al. (1998)

In een alweer wat ouder overzicht van de literatuur zochten Matthews et al. (1998) naar het verband tussen de betrokkenheid bij een religie, wat bijvoorbeeld blijkt uit de formele aansluiting bij een kerkgenootschap, synagoge of moskee, en gezondheid.² Zij stelden het volgende vast: betrokkenheid bij religie hangt samen met: (i) een lagere prevalentie van *depressie*; (ii) een lagere incidentie van *verslaving* aan psychoactieve stoffen; (iii) een lagere prevalentie van verschillende *chronische ziekten*; (iv) een verhoogde *levensduur*.

Verder bleek dat patiënten die betrokken waren bij een religie en die konden terugvallen op religieuze copingstrategieën daarin in het voordeel waren ten opzichte van mensen die buiten een religie stonden. Een voordeel was er ook, wanneer de aandacht werd gericht op het herstel van een ziekte c.q. een ingrijpende medische ingreep.

De betrokkenheid bij een religie blijkt volgens zowel klinisch als epidemiologisch onderzoek gerelateerd te zijn aan een betere gezondheidstoestand en een gunstiger beloop van het genezingsproces van mensen die herstellen van een somatische of psychische ziekte. Ook is het, zij het zwak, gerelateerd aan een beter functionerend immuunsysteem (Chatters, 2000). Wat specifiek de geestelijke gezondheid betreft, noemt Chatters positieve verbanden met betrekking tot depressie, verslaving aan alcohol of drugs, delinquent gedrag, suïcidaliteit en andere psychische en psychiatrische problemen of stoornissen. Religie vormt voor veel mensen een effectieve bron van (mentale) strategieën om met allerlei levensproblemen om te gaan. Tot slot zijn er door onderzoekers gunstige verbanden geconstateerd met indicatoren voor gezondheidsbevorderend gedrag en de wijze waarop gebruik wordt gemaakt van de gezondheidszorg.

Mueller, Plevak en Rummans (2001)

In hun literatuuroverzicht naar het verband tussen religie en spiritualiteit en gezondheid stelden Mueller, Plevak en Rummans (2001) vast dat de positieve correlaties met indicatoren voor gezondheid en ziekte indrukwekkend zijn. Ze baseerden zich op 350 studies naar fysieke gezondheid en 850 studies naar geestelijke gezondheid. Ze stelden wat betreft de *lichamelijke* gezondheid vast dat aan een religie verbonden personen c.q. personen die een spiritueel georiënteerd leven leiden, langer leven, minder cardiovasculaire aandoeningen hebben, minder vaak lage bloeddruk of hypertensie hebben, meer bewegen, zich beter voeden, vaker zeezout gebruiken, eerder stoppen met roken en meer gebruik maken van preventieve voorzieningen (zie ook: Benjamins & Brown, 2003).

Wat betreft de *geestelijke* gezondheid concludeerden de onderzoekers dat deze groepen mensen minder vaak depressieve symptomen en minder depressie ervaren, minder angst ervaren, minder vaak gebruik of misbruik maken van alcohol of drugs en minder vaak een suïcide begaan.

Koenig (2001a)

Ook Koenig (2001a) heeft talrijke positieve verbanden gedestilleerd uit de onderzoeksliteratuur. Hij stelt dat mensen, die deelnemen aan religieuze praktijken en/of religieuze opvattingen erop nahouden, zich kenmerken doordat (i) bij hen er vaker sprake is van een gevoel van psychisch welbevinden; (ii) ze significant vaker hoopvol en optimistisch

² Deze onderzoekers sloten bevindingen over 'spiritualiteit' overigens uit, omdat er ten tijde van hun onderzoek (i) weinig wetenschappelijke consensus bestond over de definitie van spiritualiteit, er (ii) nog nauwelijks instrumenten bestonden om spiritualiteit te meten en (iii) er mede hierdoor nog weinig onderzoeksbevindingen beschikbaar waren die de moeite van het samenvatten waard waren. Inmiddels is er een keur aan bruikbare instrumenten om religiositeit of spiritualiteit te 'meten'. Zie voor een recent overzicht: Ramondetta en Sills (2004).

zijn; (iii) ze vaker een doel in het leven hebben en/of iets ervaren dat voor hen veelbetekenend is; (iv) ze minder depressie of angst hebben; (v) ze minder (of minder ernstige) psychotische symptomen of stoornissen ervaren; (vi) ze significant vaker sociale steun ontvangen; (vii) ze, gemiddeld genomen, minder vaak alcohol of drugs gebruiken of misbruiken; (viii) hun rookgedrag een gunstiger beeld vertoont.

Koenig (2001b) wijst verder op de bevinding dat bij deze groep minder vaak sprake is van buitenechtelijke seksuele activiteit en dat er significant minder criminaliteit voorkomt. Tot slot signaleert Koenig (2001c) uit de onderzoeksliteratuur nog het volgende: bidden *kan* behulpzaam zijn voor het verlichten van pijn of het beter verdragen daarvan, maar het omgekeerde (de pijnbeleving neemt toe) komt ook voor.

Larson en Larson (2003)

Een iets recentere literatuuroverzicht is van Larson en Larson (2003). Deze auteurs signaleren een aantal verbanden tussen betrokkenheid bij religie of spiritualiteit en de fysieke gezondheid. Larson en Larson stellen dat er bij normale populaties een positief verband bestaat tussen deelname aan spirituele en religieuze activiteiten en de levensduur. Zij baseren zich onder andere op een meta-analyse naar het verband tussen religieuze betrokkenheid en mortaliteit van McCullough, Hoyt, Larson, Koenig en Thoresen (2000). Deze onderzoekers stelden vast dat er sprake is van een statistisch significant verband: de verbinding met een religie voorspelt een grotere kans op overleven. De onderzoekers maakten gebruik van 42 onafhankelijke steekproeven waarbij in totaal 126.000 mensen betrokken waren. Ze richtten in hun analyse de aandacht op alle mogelijke doodsoorzaken. Het gevonden positieve verband bleek bij vrouwen sterker dan bij mannen. De levensduur is echter niet langer wanneer specifiek gekeken wordt naar een populatie van acuut zieke mensen. Wel bevordert religie en spiritualiteit de ontvangen sociale steun en het geestelijk welzijn. Patiënten met spirituele problemen (bijvoorbeeld zich verlaten voelen door God) hebben zelfs een verhoogde kans om vroegtijdig te overlijden. In zo'n situatie is het cruciaal dat hier in de behandeling aandacht voor is, of dat verwezen wordt naar een pastor. Tot slot kan de levensduur bekort worden, wanneer het geloof zich verzet tegen een bepaalde medische handeling.

Een flink aantal mensen met psychische problemen wendt zich in de loop van de tijd tot hun geloofsgemeenschap of probeert op een andere manier een relatie te leggen met een hogere macht. Ze hopen op verlichting van hun problemen en participatie in de geloofsgemeenschap beperkt hun sociaal isolement. Het kan echter ook verkeerd uitpakken, zoals wanneer schuldgevoelens optreden, al dan niet aangewakkerd door anderen, en er religieuze of spirituele twijfels en conflicten ontstaan. Vanzelfsprekend is het gewenst dat hier in de hulpverlening aandacht voor is.

Uit het literatuuronderzoek van Larson en Larson (2003) blijkt dat de betrokkenheid bij religie of spiritualiteit een aantal verbanden laat zien met de geestelijke gezondheid. Allereerst is er bij algemene populaties sprake van een verminderd risico op suïcide, - dit positieve verband treedt op bij alle leeftijdsgroepen. Verder is er sprake van een verminderd risico op depressie,³ - dit verband wordt al meer dan 100 jaar door onderzoekers vastgesteld. Als aan de religieuze of spirituele interesses van patiënten met een depressie aandacht wordt gegeven (en/of wanneer het thema wordt geïntegreerd in de ontvangen psychotherapie) dan blijkt dit een positieve bijdrage te leveren aan het herstel. Larson en Larson (2003) baseren zich onder andere op Braam, Beekman en Van Tilburg (1999) die op basis van epidemiologische studies een overzicht gemaakt hebben van het verband tussen religie en depressie op latere leeftijd. Over het algemeen voorspelt de verbinding met een religie een kleinere kans op depressie op latere leeftijd. Dit verband werd ook in een Nederlandse studie vastgesteld voor zowel rooms-katholieken als protestanten. Deze onderzoekers merkten op dat alhoewel het verband niet zo sterk is in statistische zin, de variabele 'religie' even belangrijk is als andere risicofactoren die in het epidemiologisch

³ De meeste onderzoeken hebben betrekking op volwassenen en ouderen. Miller en Gur (2002) onderzochten bij meer dan 3000 adolescente meisjes in hoeverre religiositeit gerelateerd was aan depressie. De onderzoekers stelden vast dat religiositeit (de onderzoekers maakten geen onderscheid met spiritualiteit) invers geassocieerd was aan depressie. Dit verband was des te sterker naarmate er sprake was van fysieke rijpheid (gemeten aan het optreden van secundaire seksuele kenmerken).

onderzoek een gevestigde positie hebben. Er is tot slot sprake van verminderd (riskant) gebruik van alcohol of drugs, maar ook van tabak. Verder draagt de betrokkenheid bij religieuze of spirituele ideeën in positieve zin bij aan een positieve uitkomst van de behandeling.

Andere 'voordelen' van de betrokkenheid bij religie of spiritualiteit zijn volgens Larson en Larson (2003) de volgende: het gaat gepaard met een betere prognose op herstel na een ingrijpende medische ingreep, zoals een operatie, en gelovige jongeren blijken minder vaak risico's te nemen die belastend zijn voor hun gezondheid. Als beschermende factor werkt dit laatstgenoemde door op latere leeftijd.

Powell, Shahabi en Thoresen (2003)

Tot slot ga ik in op een interessant literatuuronderzoek van Powell, Shababi en Thoresen (2003). Deze onderzoekers hebben – gebruikmakend van de strenge principes van de evidence-based medicine – negen hypothesen getoetst die betrekking hebben op het verband tussen religie of spiritualiteit en lichamelijke gezondheid (gespecificeerd naar mortaliteit, morbiditeit, invaliditeit en herstel van ziekte). Ze concludeerden het volgende: (i) door deelname aan vormen van religie of spiritualiteit treedt bij gezonde mensen een sterke reductie van het mortaliteitsrisico op – deze onderzoekers berekenden na controle op een aantal verstorende variabelen een reductie van 25 procent; (ii) de vermindering van ziekte heeft betrekking op cardiovasculaire aandoeningen (vanwege een gezondere leefwijze); (iii) er kon op basis van de literatuur echter geen verband worden gelegd tussen de mate waarin mensen op religie of spiritualiteit betrokken zijn en de mate van lichamelijke gezondheid; (iv) ook kon er geen verband worden aangetoond tussen religie of spiritualiteit en het beloop van kanker; ook het herstel van een acute ziekte wordt er niet door beïnvloed – opmerkelijk was juist dat er enig bewijs is dat het herstel juist belemmerd wordt.

Voor deze onderzoekers is het 'nut' van religie en spiritualiteit dus vooral aangetoond voor gezonde mensen, waardoor de waarde van religie en spiritualiteit vooral van preventieve aard is. Getalsmatig is dit nut zelfs heel hoog te noemen.

Is een specifiek verschil tussen religie en spiritualiteit meetbaar?

Zodra (gezondheids)psychologen interesse krijgen in een nieuw onderwerp is te verwachten dat er meetinstrumenten worden ontwikkeld om de mogelijke verbanden tussen religie en spiritualiteit en gezondheid, alsmede de mogelijke psychologische, sociale en fysiologische moderatoren zo goed mogelijk in kaart te brengen. Een goed overzicht van de vooruitgang op dat gebied is samengesteld door Hill en Pargament (2003).

Veel onderzoekers maken geen onderscheid tussen spiritualiteit en religie. Opmerkelijk is dat twee onderzoeksgroepen, die wel keken naar een eventueel verschil, wat dat betreft tot tegengestelde conclusies kwamen.

Daaleman e.a. (2004) deden een onderzoek onder geriatrische patiënten. Vooraf maakten de onderzoekers een uitdrukkelijk verschil tussen religiositeit, waarin de organisatie van de diverse activiteiten voorop staat, en spiritualiteit, waarin het accent ligt op de persoonlijke beleving. Degenen die er spirituele opvattingen opnhielden bleken hun gezondheid vaker als 'goed' te waarderen. Het gunstige verband tussen spiritualiteit en gezondheidsbeleving gold echter niet voor religiositeit, blijkens de door deze onderzoekers gebruikte vragenlijsten.

Kendler et al. (2003) konden echter in hun onderzoek onder ruim 2500 tweelingen – gezien de door hun gebruikte meetschalen – geen verschil vinden tussen religiositeit en spiritualiteit voor zover dit gerelateerd was aan geestelijke gezondheid. Wel stelden ze vast dat niet alleen de mate waarin, maar ook de wijze waarop mensen zich verbonden hebben aan religiositeit gerelateerd zijn aan psychische stoornissen, waaronder verslaving. In hun onderzoek relateerden ze de scores op zeven dimensies van religiositeit aan het (lifetime) voorkomen van psychische problematiek. Ze stelden vast dat één factor (*Niet Wraakzuchtig*) gerelateerd was aan een verminderde kans op de prevalentie van internaliserende stoornissen (depressie, angststoornissen en bulimia nervosa). Andere factoren (*Algemene Religiositeit*, *Betrokken God*, *Vergiffenis* en *God als Rechter*) waren juist gerelateerd aan een verminderde kans op externaliserende stoornissen (verslavingen, antisociale

persoonlijkheidsstoornis). Ook waren er factoren (*Sociale Religiositeit* en *Dankbaarheid*) waarbij het risico voor beide typen stoornissen kleiner is.

De les die we uit deze onderzoeken kunnen leren, is dat er in dit onderzoeksveld nog geen eensluidendheid is in de manier waarop religiositeit en spiritualiteit worden gedefinieerd én met behulp van vragenlijsten gemeten kunnen worden.

Kanttekeningen bij het onderzoek

Het spreekt voor zich dat bij dit soort overzichtsstudies tal van methodologische problemen en fouten aan het licht zijn gekomen. Ik ga daar niet verder op in en verwijs daarvoor naar de bronnen (zie bijvoorbeeld Chatters, 2000). Het is verder belangrijk te benadrukken dat de onderzoekers het hebben over gemiddelden of trends op populatieniveau. De (positieve) uitkomsten betekenen niet dat er niet ook schadelijke consequenties verbonden kunnen zijn met religieuze of spirituele opvattingen en activiteiten. De inhoud van religieuze of spirituele opvattingen varieert enorm. Deze verschillen zijn relevant en merkbaar in de mate waarin en de wijze waarop er sprake is van gezondheidseffecten of gezondheidsschade.

Onderzoekers is ingepeperd dat een statistisch verband niets zegt over de vraag of de onderzochte variabelen in een oorzakelijk verband staan en/of wat de oorzaak van verband is (zie ook Miller & Thoresen, 2003). Het kan zijn dat vooral gezonde mensen bij een religie zijn aangesloten c.q. minder genegen zijn uit te treden. Als dat de enige factor is die in het spel is, vertellen de voornoemde bevindingen over de gezondheidseffecten van religie niet meer dan dat 'gezonde mensen een grotere kans hebben op gezondheid'. Maar het is aannemelijk dat de betrokkenheid bij een religie wel degelijk ook (in)directe gezondheidseffecten heeft in oorzakelijke zin. Voorschriften om zich te onthouden van bepaalde voedingsmiddelen en alcoholhoudende dranken of gedragsvoorschriften met betrekking tot de levenswijze kunnen gezondheidsbevorderende effecten hebben. Ook is het mogelijk dat het lidmaatschap van een hechte geloofsgemeenschap 'leidt tot' een grotere emotionele stabiliteit (minder stress en angst), mede doordat er een grotere kans bestaat op het ontvangen van sociale steun bij ziekte. Tot slot kan een sterke sociale controle in een geloofsgemeenschap ertoe bijdragen dat psychische en lichamelijke problemen vroegtijdig worden gesignaleerd en er eerder, dan wanneer men geïsoleerd leeft, vanuit de sociale omgeving op wordt aangedrongen om hulp te zoeken c.q. te aanvaarden.

Transculturele aspecten

Het is belangrijk ons te realiseren dat het overgrote deel van de in dit artikel gepresenteerde onderzoeksresultaten betrekking hebben op westerse (christelijke) vormen van religiositeit. Ook is het goed ons ervan bewust te zijn dat er binnen de westerse samenlevingen ook vóór de toestroom van migranten van niet-westerse landen al sprake was van opmerkelijke verschillen tussen groepen mensen.⁴

De westerse landen hebben overigens voor onderzoekers een belangrijk voordeel: er leven grote groepen mensen die zich niet verbonden voelen met religie of die aangeven geen behoefte te hebben aan spirituele ervaringen. Zij vormen de populaties van waaruit controlegroepen kunnen worden gevormd. In moslimlanden zijn controlegroepen waarschijnlijk veel lastiger te vormen, wellicht ook omdat het niet is geaccepteerd openlijk te kennen te geven geen moslim (meer) te zijn. Daar kan overigens weer tegen in gebracht worden dat ook moslims op verschillende manieren met hun geloof bezig zijn, variëren in de mate waarin ze de moskee bezoeken, actief deelnemen aan het gebed enzovoorts. De islam heeft overigens veel gelijkenis met de twee andere monotheïstische godsdiensten, het jodendom en het christendom, mede waardoor te verwachten is dat alle drie de godsdiensten gepaard gaan met vergelijkbare gezondheidseffecten.

In de westerse samenlevingen is de afgelopen 25 jaar het aantal mensen met uitheemse religies of spirituele praktijken enorm toegenomen. De islam, maar ook het hindoeïsme en

⁴ Een voorbeeld: Cohen, Magai, Yaffee en Walcott-Brown (2004) stelden in een onderzoek naar paranoïde gedachtevorming en psychoses vast dat er in dit opzicht significante verschillen waren tussen zwarten en blanken. Paranoïde ideeën en psychotische symptomen traden bij zwarten vaker op. Dit verschil is, aldus de onderzoekers, mogelijk niet het gevolg van de ernst van de psychiatrische symptomatologie. Volgens hen hangt het samen met de omstandigheid dat onder de zwarte populatie andere, meer *spirituele* opvattingen vigeren.

boeddhisme nemen een steeds zichtbaarder plaats in de samenleving in. Hiernaast is er een fors aantal kleine etnische religies bijgekomen, zoals het Surinaamse Winti-geloof dat verwant is aan Voodoo. Impliciet gaan onderzoekers ervan uit de gevonden verbanden bij mensen in de joods-christelijke traditie ook gelden voor mensen die in een andere traditie staan. Bewezen is dat echter nog nauwelijks.

Als we het onderzoek beperken tot de traditioneel westerse denkwijzen en handelingsvormen missen we dat in andere culturen volstrekt andere betekenissen aan ziekten en stoornissen worden gegeven dan wij gewend zijn. In andere culturen worden daarvoor ook geheel andere (voor ons 'irrationele') oorzaken genoemd. In de westerse landen is religieuze genezing (met uitzondering van christelijke gebedsgenezers of duiveluitdrijvers) goeddeels uitgebannen, of tenminste tot het alternatieve circuit verwezen. Dit neemt niet weg dat in grote delen van de wereld religieuze of spirituele *healing* nog steeds gemeengoed is, en inmiddels ook in de westerse landen bij verschillende etnische groepen een vast onderdeel is van hun gezondheidszorg. Het is niet op voorhand te zeggen dat – afgezien van de plichtmatige kritiek hierop van de zijde van de bestrijders van kwakzalverij – zulke praktijken vergelijkbare gezondheidseffecten hebben als bij de deelname aan christelijke geloofsgemeenschappen is aangetoond.

Verklaringen voor gezondheidseffecten

Het is ingewikkeld een verklaring te geven voor de eventuele gezondheidsbevorderende effecten van de betrokkenheid bij religie. De in de literatuur meest genoemde mechanismen zijn: (i) afname van risicovol gedrag, (ii) meer sociale steun, en (iii) afname van de schadelijke gevolgen van stress, alsook minder depressie of angst.

Onderzoekers wijzen erop dat religie invloed heeft op de leefstijl en het aan gezondheid gerelateerde gedrag vanwege diverse voorschriften en controles op de naleving daarvan. Ook kunnen geloofsgemeenschappen de lidmaten voorzien van allerlei vormen van psychische, sociale, maar ook materiële steun. Door de bank genomen brengt de – actieve – betrokkenheid bij religie met zich mee dat de lidmaten een meer positieve houding en verwachtingen hebben ten aanzien van hun eigen leven en hun relatie met andere mensen. De deelname aan religieuze rituelen, zoals bidden, gaat, aldus Chatters (2000), gepaard met (sterk) positieve emoties en gevoelens van zelfwaarde en competentie en het gevoel met andere mensen in verbinding te staan. Het is overigens belangrijk erop te wijzen dat deze gunstige effecten niet hoeven op te treden: het betreffen slechts statistische verbanden die wijzen op gemiddelde uitkomsten. Er zijn uit onderzoek ook *negatieve* samenhangen tussen religie en (geestelijke) gezondheid bekend, zoals wanneer er sprake is van de aansluiting bij radicale religieuze stromingen of sekten (zie: Koenig, 2000).

Koenig (2001a) suggereert de volgende factoren die kunnen verklaren waarom religieuze betrokkenheid positief samenhangt met geestelijke gezondheid. Geloof kan bijdragen aan de vorming van een positief wereldbeeld dat dagelijkse ervaringen *betekenis* geeft, en daarmee het leven voorziet van een doel en een meer hoopvolle en optimistische houding. Geloof en de rituelen die daarbij horen, bevorderen het ervaren van positieve emoties – ze kunnen een buffer vormen tegen de dagelijkse stress die het leven met zich meebrengt. De rituelen die aan het geloof zijn verbonden, geven vorm aan de (onvermijdelijke) overgangen van het leven, zoals de geboorte, het huwelijk of de dood. Ook geven religies voorschriften voor het gedrag ten opzichte van andere mensen, wat bijdraagt aan hechte sociale netwerken. Tenslotte noemt Koenig (2001a) de sociale controle op de naleving van allerlei gedragsvoorschriften die een geloofsgemeenschap ten opzichte van haar lidmaten uitoefent. Degenen die zich aan de voorschriften houden, hebben baat bij het uiteindelijke effect ervan. Een geslaagde naleving kan, bijvoorbeeld door stressreductie, als positief worden ervaren.

Wat betreft de mechanismen die ervoor zorgen dat deze psychische effecten en processen ook hun weerslag hebben op biologische processen wijst Koenig (2001b) op bevindingen uit het stressonderzoek, de immunologie en de nog steeds als relatief nieuw te bestempelen psychoneuroimmunologie. Deze discipline zoekt naar bi-directionele verbanden tussen de werking van de psyche, de hersenen en het immuunsysteem. Een hieraan verwante discipline betreft de psychoneuroendocrinologie die de aandacht vestigt op de

samenhang tussen psyche, hersenen en het hormoonstelsel. In beide disciplines neemt de fysiologische werking van stress een cruciale rol in.

Het meest recente overzicht van het wetenschappelijk bewijs voor de veronderstelde biologische mechanismen die het verband tussen religiositeit en spiritualiteit én gezondheid kunnen verklaren, is samengesteld door Seeman, Dubin en Seeman (2003). Deze auteurs signaleren een duidelijke vooruitgang in de onderzoeksmethodologie, alhoewel gerandomiseerde en gecontroleerde studies – die het meest krachtig een eventueel oorzakelijk verband zouden kunnen blootleggen – nog nauwelijks zijn uitgevoerd, waarbij zich bovendien de vraag voordoet of deze überhaupt mogelijk zijn. Geloof heb je of je hebt het niet – het zijn vooral bepaalde meditatieve technieken (die een oppervlakkige gelijkenis vertonen met bidden) – die in een experimentele context zijn getest. In die situaties is overigens gebleken dat de toepassing van meditatie inderdaad gunstige fysiologische effecten heeft. Andere, voornamelijk observationele studies naar de gezondheidseffecten van religiositeit en spiritualiteit geven overigens een vrij consistent beeld: het gaat gepaard met aan gezondheid gerelateerde fysiologische processen, waaronder cardiovasculaire, neuroendocriene en immunologische functies.

Voor onderzoekers is het de opgave om de diverse biologische mechanismen te onderscheiden én in verband te brengen met psychologische mechanismen opdat er een consistent theoretisch robuust en empirisch toetsbaar model wordt ontwikkeld voor de wijze waarop religie en spiritualiteit bijdragen aan (geestelijke) gezondheid (Oman & Thoresen, 2002). Een hieraan gerelateerde opgave is het maken van een onderscheid maar tevens het zoeken naar het verband tussen geestelijke en lichamelijke gezondheid. Het is, zoals al eerder in dit artikel is gesteld, aannemelijk dat de positieve lichamelijke gezondheidseffecten gemedieerd of gemodereerd worden door de verbetering van de geestelijke gezondheid.

Coping

Versillende onderzoekers zoeken een verklaring voor gezondheidseffecten van religie en spiritualiteit in betere coping. Coping heeft betrekking op de gedachten en gedragingen die mensen gebruiken om het hoofd te bieden aan moeilijk te vervullen persoonlijke wensen of aan de vereisten van externe situaties die mensen als stressvol ervaren. In hun recente overzicht over copingmechanismen hebben Folkman en Moskowitz (2004) ook aandacht besteed aan 'religieuze coping'. Ze doelen hiermee op de omstandigheid dat mensen religie kunnen gebruiken om met de specifieke vereisten van stressvolle situaties om te gaan. Religie kan – weten we eigenlijk al heel lang – mensen de mentale kracht geven te volharden in hun strevingen, zelfs of wellicht ook *juist* als deze uiterst belastend zijn. Vooral sinds uit onderzoek bekend is dat de betrokkenheid bij religie of spiritualiteit meestal gunstig uitwerkt voor de geestelijke en fysieke gezondheid is de belangstelling voor deze vorm van coping gestegen.

Pargament, Smith, Koenig en Perez (1998) maken onderscheid tussen positieve en negatieve religieuze coping. Positieve religieuze coping houdt in dat de gehanteerde methoden een uitdrukking zijn van een gevoel van spiritualiteit, een stabiele relatie met God, een gevoel van spirituele verbondenheid tussen mensen of het besef dat het leven een diepere betekenis heeft. Bij negatieve religieuze coping zijn de gehanteerde methoden veeleer de uitdrukking van een onheilspellend wereldbeeld, een bestraffende visie op de macht van God, de angst voor de kracht van demonen én spirituele twijfel. Uit tweejarig onderzoek naar copingmechanismen onder een groep van 600 patiënten van 55 jaar en ouder blijkt, aldus Pargament, Koenig, Tarakeshwar en Hahn (2001), dat de eerste vorm van coping in potentie adaptief is: het voorspelt gunstige effecten voor de gezondheid. De tweede vorm laat, wat dat betreft, ongunstige, schadelijke effecten zien, zoals blijkt uit sterftcijfers. Vergelijkbare uitkomsten bleken uit een recent afgesloten onderzoek onder een populatie oudere patiënten (Pargament, Koenig, Tarakeshwar en Hahn, 2004). Een verklaring voor deze verschillen ligt mogelijk in de werking van positieve versus negatieve emoties op processen in de hersenen en daardoor op de algemene fysieke gesteldheid (Folkman & Moskowitz, 2004).

Folkman en Moskowitz (2004) wijzen erop dat personen die goed in staat zijn het hoofd te bieden aan ernstige stress de stressor in hun systeem van opvattingen kunnen integreren, door het een niet-pathologische betekenis te geven. Positieve emoties signaleren dat deze

integratie lukt, in zoverre dat het copingproces verbonden is met de voor de persoon relevante waarden, opvattingen of doelen. Gelukte coping is een vorm van beheersing van de situatie die aansluit op de voor de betrokkene centrale waarden en gaat gepaard met de ervaring van positieve emoties.

Uit verschillende onderzoeken blijkt overigens dat vrouwen vaker dan mannen gericht zijn op religie en spiritualiteit. Zij gebruiken dit ook meer als een bron voor de coping met stress en andere levensproblemen. Hun affiniteit blijkt niet alleen uit uiterlijke kenmerken, zoals kerkbezoek, maar heeft ook betrekking op de innerlijke beleving van religie c.q. spiritualiteit (Ramondetta & Sills, 2004).

Interessant zijn verder de uitkomsten van een recent afgesloten meta-analyse naar het verband tussen religieuze coping en de psychologische aanpassing aan stress. Ano en Vasconcelles (2005) selecteerden 40 relevante onderzoeken die samen 105 effectgroottes genereerden over deze relaties tussen positieve of negatieve religieuze coping met positieve of negatieve psychologische aanpassing. Deze onderzoekers concludeerden – weinig verrassend – dat positieve en negatieve vormen van religieuze coping inderdaad gerelateerd zijn aan positieve en negatieve psychologische aanpassing aan stress. Dit wijst er nogmaals op dat religie en spiritualiteit niet *bij voorbaat* (geestelijk) gezond zijn, maar dat de inhoud van de religieuze of spirituele praktijken er wel degelijk toe doet.

Altruïsme

Tot slot ga ik in op altruïsme, omdat dit mogelijk bijdraagt aan de verklaring waarom religie en spiritualiteit gepaard gaan met (geestelijke) gezondheid. Prosociaal gedrag is een belangrijk aspect van religieuze en spirituele stromingen. Het is een bekend gegeven dat in religieuze gemeenschappen de sociale verbindingen gunstig werken als een buffer tegen de ongewenste gevolgen van stress. Hieruit kan men concluderen dat, wanneer iemand in een hecht sociaal netwerk leeft en hierin sociale steun ontvangt, dat een positief effect heeft op het geestelijk welzijn. Minder voor de hand ligt een andere ‘conclusie’, namelijk, dat ook het *geven* van sociale steun, wat gepaard gaat met psychische en materiële kosten, gunstig kan uitpakken voor de geestelijke gezondheid. Schwartz, Meisenhelder, Ma en Reed (2003) stelden recent op basis van een steekproef onder leden van een kerkgenootschap vast dat altruïstisch, sociaal gedrag gerelateerd is aan een betere geestelijke gezondheid. Deze onderzoekers vermoeden dat altruïstisch gedrag – doordat het de aandacht afleidt van de eigen problemen – mogelijk beschermt tegen typisch op zichzelf gerichte stoornissen als angst of depressie.

De bijdrage vanuit de neuroscience

Hypofunctie van de mediale prefrontale cortex. Religieuze activiteit en spirituele ervaringen staan in de belangstelling van hersenwetenschappers. De zoektocht is er onder andere op gericht de cerebrale locaties op te sporen die in het bijzonder hierbij betrokken zijn. Tegenwoordig kunnen onderzoekers hun hypothesen toetsen met behulp van hersenscans, zoals PET, MRS of fMRI, die uiteraard interessante mogelijkheden bieden om de anatomische (hersenregio's inclusief de verbindingen daartussen) en neurofysiologische correlaten van religieuze of mystieke of ervaringen op het spoor te komen. Tot voor kort ging de aandacht vooral uit naar de rol van de slaapkwabben, het limbisch systeem, maar ook naar de pariëtale kwabben.

Recent formuleerde Muramoto (2004) een interessante hypothese over de rol van de mediale prefrontale cortex bij de religieuze activiteit. Dit gebied speelt een cruciale rol bij het opsporen van fouten en het monitoren en ook het zich houden aan sociale normen, essentiële functies voor religieus gedrag. Verder is dit gebied mede verantwoordelijk voor het tot stand komen van zelfreflectieve gedachten, essentieel om de relatie van jezelf tot God (of een andere buitengewone entiteit) te kunnen bepalen. Het gebied is ook betrokken bij het vormen van gedachten over de mentale toestand van een ander (*Theory of Mind*). Alhoewel Muramoto erkent dat deze faculteit niet direct gerelateerd is aan religieus gedrag, is het wel een voorwaarde om je met anderen in een geloofsgemeenschap te verenigen; mutatis mutandis bemoeilijkt een inadequate *Theory of Mind* het zich kunnen inleven in de wil van

God. Ten slotte zijn regio's van de prefrontale cortex (mede) verantwoordelijk voor de neurale organisatie van altruïstisch gedrag, eveneens essentieel voor religiositeit.

De mediale prefrontale cortex kan – onder invloed van drugs, medicijnen of vanwege een neuropsychiatrische aandoening uit balans raken en bovenmatig (hyper) dan wel ondermatig (hypo) functioneren. Er is empirisch bewijs dat de voornoemde, door dit cortexgebied ondersteunde, functies in een specifieke richting meebewegen. In een toestand van hyperfunctie komt, zo werkt Muramoto zijn hypothese uit, *het opsporen van fouten* tot uiting in rigide conformisme en het overdreven inachtnemen van de wet; bij een hypofunctie is er juist sprake van roekeloos en wetteloos gedrag. *Zelfreflectie* houdt bij een hyperfunctie in dat de betrokkene overdreven met zichzelf en zijn of haar bestaan bezig is; een hypofunctie uit zich hier juist in gebrek aan zelfcontrole. Mensen met een hyperfunctie van de mediale prefrontale cortex houden er vaker grandioze en waanzinnige opvattingen over de geest van God op na; bij een hypofunctie is er veeleer sprake van apathie en afstandelijkheid.

Het wekt geen verbazing dat Muramoto vermoedt dat een hyperfunctie van dit hersengebied hyperreligiositeit voorspelt en dat het omgekeerde het geval is, wanneer er sprake is van een hypofunctie. Opmerkelijk is dat bij mensen met een obsessief-compulsieve stoornis, waarbij sprake is van hyperactieve regio's in de mediale prefrontale cortex (het orbitofrontale alsmede het anterieure cingulate gebied), er vaak actieve religieuze activiteit waarneembaar is. Die komt tot uiting in sterk geritualiseerd gedrag, dwanggedachten en obsessies met religieuze thema's.

De rol van het serotoninesysteem. Intrigerend is ook een recent gepubliceerd onderzoek naar de rol van het serotoninesysteem bij spirituele ervaringen. Borg, Andree, Soderstrom en Farde (2003) vonden een verband tussen spirituele ervaringen en variaties in de werking van de 5-HT_{1A}-receptor, met name het aantal receptoren oftewel de concentratie of dichtheid. Presynaptische autoreceptoren van dit type komen in hoge mate voor op de cellichamen in de raphe nuclei, de bron van de serotonerge modulaties in het brein. De 5-HT_{1A}-receptor wordt gezien als een centrale regulator van het serotoninesysteem. Opmerkelijk is dat de variabiliteit van de receptordichtheid van een proefpersoon correleert met de Self-transcendence score op de *Temperament and Character Inventory* (Svrakic, Whitehead, Przybeck, & Cloninger, 1993), een instrument dat gebruikt wordt voor persoonlijkheidsonderzoek. De score duidt op de mate waarin iemand open staat voor verschijnselen die niet objectief aangetoond kunnen worden. Preciezer gezegd: hoe *lager* de concentratie van 5-HT_{1A}-receptoren, hoe groter de kans op een *hoge* score op de Self-transcendence-schaal.

Het is overigens opmerkelijk dat verschillende 'psychedelische' drugs, zoals LSD, XTC of mescaline, die werken op het serotoninesysteem, psychische effecten teweegbrengen die sterk overeenkomen met spirituele, mystieke of extatische ervaringen. Gebruikers van deze drugs hebben veelvuldig verhaald over de buitengewone waarnemingen en gedachten die ze onder invloed van dit soort middelen hebben gehad en die overeenkomen met mensen die hoog scoren op de genoemde persoonlijkheidsschaal.

Een verklaring voor het gevonden verband tussen het aantal 5-HT_{1A}-receptoren en spirituele ervaringen ligt mogelijk besloten in de remmende functie van het serotoninesysteem ten opzichte van zintuiglijke stimuli en arousal. Als de lagere receptordichtheid inderdaad wijst op een verminderde serotonerge activiteit zouden de betrokken personen ervaringen kunnen hebben die normaliter niet optreden. Anders gezegd: het filter werkt bij hen minder effectief. Het omgekeerde is volgens Borg et al. (2003) echter ook mogelijk: een lage concentratie van de 5-HT_{1A}-autoreceptoren kan juist een verhoogde serotonineactiviteit tot gevolg hebben, wat kan leiden tot vergelijkbare wanen en hallucinaties als die optreden bij neuropsychiatrische stoornissen als schizofrenie.

Alhoewel het gemeengoed is te denken dat religieus gedrag wordt bepaald door omgevingsfactoren, laat erfelijkheidsonderzoek volgens Borg et al. (2003) zien dat ongeveer 50 procent van de individuele variatie in religieus gedrag een genetische basis heeft. Mogelijk, maar nog lang niet zeker, ligt de basis van die variatie in de (expressie van) genen die verantwoordelijk zijn voor de 5-HT_{1A}-receptoren.

Aandacht voor religie en spiritualiteit in de klinische praktijk

De multiculturele samenleving is de afgelopen jaren verguisd, maar in sociologisch opzicht is het een onmiskenbare realiteit. Nederland is allang niet meer de samenleving waarin – voor zover het het geestelijk leven betreft – protestanten en katholieken de dienst uitmaken. Het aantal moslims is in korte tijd enorm toegenomen; in minder mate – maar ook daar is sprake van een toename – geldt dit voor mensen die het hindoeïsme of het boeddhisme aanhangen. De behoefte om bij een kerkgenootschap te horen is, althans in Nederland, tanende en het kerkbezoek neemt al jarenlang af. Hier staat echter tegenover dat de belangstelling voor enige vorm van spiritualiteit nog steeds sterk aanwezig is.

Wat moet of kan de reguliere gezondheidszorg met deze behoefte aan spiritualiteit? In de eerste plaats verlangen mensen dat er in de gezondheidszorg aandacht is voor hun persoonlijke opvattingen. De indruk bestaat dat dit onvoldoende gebeurt, terwijl er voor een op wetenschappelijke leest geschoeide geneeskunde geen geldige redenen zijn om deze wens van de patiënten te negeren. In de tweede plaats zijn er groepen mensen, vaak de beter opgeleiden, die wensen hebben naar behandelvormen die op spirituele leest geschoeid zijn. Deze wens is veel lastiger in de reguliere geneeskunde te honoreren. Immers, zijn de spirituele geneeswijzen 'evidence based'? En zo nee, hoe kan de gezondheidszorg zich verweren tegen een eventueel (en mogelijk ook heel terecht) verwijt van kwakzalverij?

Religie en geneeskunde waren ooit sterk met elkaar verbonden. Alhoewel dit bij allerlei natuurgeneeswijzen nog steeds het geval is, geldt dit allang niet meer voor de westerse geneeskunde. De scheiding van de geneeskunde van religie is goed beschouwd al ingezet door de Griekse en Romeinse geneesheren. De moderne tijd laat evenwel een herleving zien van de interesse voor discussies over een bepaalde vorm van integratie van religie of spiritualiteit in de gezondheidszorg. Het blijkt ook dat als patiënten wat dit betreft bij de reguliere geneeskunde niet voldoende aan hun trekken komen, ze op eigen houtje een keuze maken uit een steeds rijker gesorteerd alternatief aanbod. Geneeskundigen en psychologen kunnen nog zo goed uitleggen waarom ze zich met het lichaam respectievelijk de – onderzoekbare – menselijke *geest* of *psyche* bezighouden, en niet met een onbenaderbare menselijke *ziel*, hun patiënten kunnen daar heel andere opvattingen over hebben. De gereserveerde houding tegenover het spirituele is sterk aanwezig bij de professionals in de gezondheidszorg, al dan niet extra aangezet om als discipline respectabel gevonden te worden.

Het is aannemelijk dat het 'klinisch relevant' is om de religieuze of spirituele dimensie, bezien vanuit het perspectief van de patiënt, bij de behandeling te betrekken. De effectiviteit hiervan is uiteraard sterk afhankelijk van de communicatieve en interpretatieve vaardigheden van de hulpverleners. Wat anders is of er ook 'spirituele behandelprogramma's'⁵ moeten komen en/of de hulpverlening er bij patiënten actief op moet aansturen om hen bij spirituele of religieuze opvattingen en praktijken te betrekken.

Een hindernis voor de medische disciplines is hun sterke focus op pathologie en ook hun geringe belangstelling voor preventie en bevordering van gezondheid. Dit heeft er waarschijnlijk toe bijgedragen dat in deze twee disciplines vooral de 'duistere' kanten van religie en spiritualiteit zijn belicht – zoals het verband tussen een obsessieve religieuze handelwijze en ernstige psychische of gedragsproblemen.

In de literatuur wordt er herhaaldelijk op gewezen dat artsen minder vaak dan hun patiënten religie of spiritualiteit een belangrijke plaats in hun leven geven. Dit leidt er waarschijnlijk toe dat zij in hun gesprekken met patiënten ook minder belangstelling tonen voor deze onderwerpen. Deze ongeïnteresseerdheid lijkt onjuist. Veel patiënten verwachten van hun arts of hulpverlener begrip, compassie en hoop, - aandacht voor spirituele zaken kan daartoe bijdragen, ook al zijn daarvoor ook andere mogelijkheden (McCord et al., 2004). Onderzoek wijst er verder op dat niet alleen de meerderheid van de patiënten er een spiritueel leven op nahoudt, maar ook dat zij hun 'spirituele gezondheid' even belangrijk vinden als hun lichamelijke gesteldheid. Verder hebben ze vooral tijdens ziekte behoefte aan aandacht voor de spirituele kant van hun leven (Mueller et al., 2001). D'Souza (2002, 2003) meent daarom dat in het psychiatrisch onderzoek altijd aandacht moet zijn voor de spirituele levensgeschiedenis van de patiënt. Hulpverleners in de gezondheidszorg zouden daarin

⁵ Vooral psychotherapie lijkt een belangrijk platform om aandacht te geven aan de spirituele behoeften van patiënten. Zie over 'spirituele psychotherapie': Karasu (1999), Sperry (2003), Tan (2003), Beck (2003) en Tisdale, Doehring en Lorraine-Poirier (2003).

geschoold moeten worden en in staat moeten zijn het onderwerp tenminste volgens een minimale standaard aan de orde te stellen.

Religie en spiritualiteit zijn voor de gezondheidszorg geen 'instrumenten' om gezondheid te bevorderen en ziekte te genezen of te voorkomen. Voor veel mensen kan het die instrumentele functie echter wel hebben, en er is niets op tegen om het onderwerp in een behandelingsituatie ter sprake te brengen. Vragen die hulpverleners kunnen stellen, zijn: Heeft u steun aan uw religie of geloof in uw omgang met de ziekte / stoornis? Zo ja: wat kan ik voor u doen om uw betrokkenheid bij religie of het geloof te ondersteunen? (Matthews et al., 1998). In Tabel 1 staat een iets uitgebreidere vragenlijst, de zogenaamde FICA-lijst.

Tabel 1 De FICA-vragenlijst

Een eenvoudige vragenlijst om het thema te bespreken is de in de Verenigde Staten gebruikte FICA (zie Mueller et al., 2001):

Faith: Do you consider yourself spiritual? Do you have a religious faith?

Importance: How important are your religious beliefs and spirituality, and how might they influence decisions related to your health?

Community: Are you part of a religious or spiritual or other community? If so, how does this community support you?

Address: How might I address your spiritual needs?

TOT SLOT

In dit artikel heb ik geprobeerd duidelijk te maken dat spiritualiteit en religiositeit overwegend gunstige effecten hebben voor de gezondheid en waarom dat mogelijk zo is. De effecten doen zich voor op biologisch, psychologisch en sociaal niveau. Toch zijn enkele voorbehouden op zijn plaats. Religie en spiritualiteit zijn gerelateerd aan biologische mechanismen, maar kunnen uiteraard niet tot 'biologische verschijnselen' gereduceerd worden. Een vergelijkbaar voorbehoud geldt voor wat betreft de aan religie en spiritualiteit verbonden psychologische mechanismen (coping of psychopathologie) en sociologische mechanismen (sociale steun of sociale afwijzing). Anders gezegd: religie en spiritualiteit hebben een waarde op zichzelf, die niet tot een biologisch, psychologisch of sociologisch mechanisme gereduceerd kan worden. Het is dan ook ongepast om de aan religie en spiritualiteit gerelateerde specifieke waarde te 'instrumentaliseren' voor doelen van de gezondheidszorg. Ook al zijn er gunstige verbanden tussen – bepaalde vormen van – religie en spiritualiteit én (geestelijke) gezondheid, het is niet zo dat het daarmee ook therapeutische strategieën zijn in de handen van de hulpverlener, laat staan dat geloof 'voorgeschreven' kan worden, zoals dat bij een medicijn het geval is.

Literatuur

- Albee, G.W., & Joffe, J.M. (2004). Mental illness is not 'an illness like any other'. *The Journal of Primary Prevention, 24*, 419-435.
- Ano, G.G., & Vasconcelles, E.B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 461-480.
- Atran, S., & Norenzayan, A. (2004). Religion's evolutionary landscape: Counterintuition, commitment, compassion, communion. *Behavioral and Brain Sciences, 27*, 713-730.
- Beck, J.R. (2003). Self and soul: Exploring the boundary between psychotherapy and spiritual formation. *Journal of Psychology and Theology, 31*, 24-36.
- Benjamins, M.R., & Brown, C. (2004). Religion and preventive health care utilization among the elderly. *Social Science & Medicine, 58*, 109-118.
- Borg, J., Andree, B., Soderstrom, H. & Farde, L. (2003). The serotonin system and spiritual experiences. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1965-1969.
- Braam, A.W., Beekman, A.T.F. & Tilburg, W. van (1999). Religion and depression in later life. *Current Opinion in Psychiatry, 12*, 471-475.

- Chatters, L.M. (2000). Religion and health: Public health research and practice. *Annual Review of Public Health, 21*, 335-367.
- Cohen, C.I., Magai, C., Yaffee, R. & Walcott-Brown, L. (2004). Racial differences in paranoid ideation and psychoses in an older urban population. *American Journal of Psychiatry, 161*, 864-871.
- D'Souza, R. (2002). Do patients expect psychiatrists to be interested in spiritual issues? *Australasian Psychiatry, 10*, 44-47.
- D'Souza, R. (2003). Incorporating a spiritual history into a psychiatric assessment. *Australasian Psychiatry, 11*, 12-15.
- Daaleman, T.P., Perera, S., & Studenski, S.A. (2004). Religion, spirituality, and health status in geriatric outpatients. *Annals of Family Medicine, 2*, 49-53.
- Emmons, R.A., & Paloutzian, R.F. (2003). The psychology of religion. *Annual Review of Psychology, 54*, 377-402.
- Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promises. *Annual Review of Psychology, 55*, 745-774.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York, NY: Bantam Books.
- Hill, P.C., & Pargament, K.I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *American Psychologist, 58*, 64-74.
- Karasu, T.B. (1999). Spiritual psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 53*, 143-162.
- Kendler, K.S., Liu, X.Q., Gardner, C.O., McCullough, M.E., Larson, D., & Prescott, C.A. (2003). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry, 160*, 496-503.
- Koenig, H.G. (2000). Religion and medicine I: Historical background and reasons for separation. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 30*, 385-398.
- Koenig, H.G. (2001a). Religion and medicine II: Religion, mental health, and related behaviors. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 31*, 97-109.
- Koenig, H.G. (2001b). Religion and medicine III: Developing a theoretical model. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 31*, 199-216.
- Koenig, H.G. (2001c). Religion and medicine IV: Religion, physical health, and clinical implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 31*, 321-336.
- Larson, D.B., & Larson, S.S. (2003). Spirituality's potential relevance to physical & emotional health: A brief review of quantitative research. *Journal of Psychology and Theology, 31*, 37-51.
- Maslow, A.H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York, NY: Van Nostrand Reinhold.
- Maslow, A.H. (1987). *Motivation and personality*, 3rd ed. New York, NY: Harper & Row.
- Matthews, D.A., McCullough, M.E., Larson, D.B., Koenig, H.G., Swyers, J.P., & Milano, M.G. (1998). Religious commitment and health status: A review of the research and implications for family medicine. *Archives of Family Medicine, 7*, 118-124.
- McCord, G., Gilchrist, V.J., Grossman, S.D., King, B.D., McCormick, K.E., Oprandi, A.M., Schrop, S.L., Selius, B.A., Smucker, D.O., Weldy, D.L., Amorn, M., Carter, M.A., Deak, A.J., Hefzy, H., & Srivastava, M. (2004). Discussing spirituality with patients: A rational and ethical approach. *Annals of Family Medicine, 2*, 356-361.
- McCullough, M.E., Hoyt, W.T., Larson, D.B., Koenig, H.G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology, 19*, 211-222.
- Meadows, G. (2003). Buddhism and psychiatry: Confluence and conflict. *Australasian Psychiatry, 11*, 16-20.
- Miller, L., & Gur, M. (2002). Religiosity, depression, and physical maturation in adolescent girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 206-214.
- Miller, W.R., & Thoresen, C.E. (2003). Spirituality, religion, and health. An emerging research field. *American Psychologist, 58*, 24-35.
- Mueller, P.S., Plevak, D.J., & Rummans, T.A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings, 76*, 1225-1235.
- Muramoto, O. (2004). The role of the medial prefrontal cortex in human religious activity. *Medical Hypotheses, 62*, 479-485.

- Oman, D., & Thoresen, C.E. (2002). 'Does religion cause health?': Differing interpretations and diverse meanings. *Journal of Health Psychology, 7*, 365-380.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2001). Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A 2-year longitudinal study. *Archives of Internal Medicine, 161*, 1881-1885.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology, 9*, 713-730.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion, 37*, 710-724.
- Powell, L.H., Shahabi, L., & Thoresen, C.E. (2003). Religion and spirituality. Linkages to physical health. *American Psychologist, 58*, 36-52.
- Ramondetta, L.M., & Sills, D. (2004). Spirituality in gynecological oncology: A review. *International Journal of Gynecological Cancer, 14*, 183-201.
- Saroglou, V. (2004). Psychology of religion and culture. *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)*. Developed under the auspices of the UNESCO, Eolss Publishers, Oxford, UK [<http://www.eolss.net>].
- Schwartz, C., Meisenhelder, J.B., Ma, Y., & Reed, G. (2003). Altruistic social interest behaviors are associated with better mental health. *Psychosomatic Medicine, 65*, 778-785.
- Seeman, T.E., Dubin, L.F., & Seeman, M. (2003). Religiosity/spirituality and health: A critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist, 58*, 53-63.
- Sperry, L. (2003). Integrating spiritual direction functions in the practice of psychotherapy. *Journal of Psychology and Theology, 31*, 3-13.
- Svrakic, D.M., Whitehead, C., Przybeck, T.R., & Cloninger, C.R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archive of General Psychiatry, 50*, 991-999.
- Tan, S.Y. (2003). Integrating spiritual direction into psychotherapy: Ethical issues and guidelines. *Journal of Psychology and Theology, 31*, 14-23.
- Testerman, J.K. (1997). *Spirituality versus religion: Implications for healthcare*. Presentation prepared for the 20th Annual Faith and Learning seminar held at Loma Linda California.
- Tisdale, T.C., Doehring, C.E., & Lorraine-Poirier, V. (2003). Three voices, one song: A psychologist, spiritual director, and pastoral counselor share perspective. *Journal of Psychology and Theology, 31*, 52-68.
- Vaillant, G.E. (2003). Mental health. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1373-1384.