

Zingeving in het contact tussen psychiater en patiënt

scriptie aangeboden aan:

Dr. Nicolette M. Hijweege - Smeets

Faculteit Geesteswetenschappen

departement Religiewetenschappen en Theologie

Universiteit van Utrecht

als onderdeel gglmvd105510-1

van het masterprogramma Geestelijke Verzorging

Loes Berkhout, studentnummer 3350924

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Waarom onderzoek naar zingeving in het contact tussen psychiater en patiënt?	4
Meningen van psychiaters verdeeld	4
Link met het onderzoek 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt'	5
Visie op zingevingvragen van patiënten door psychiaters van de CVPPP	6
Hoofdstuk 1 Opzet van de scriptie	7
1.1 Vraagstelling	7
1.2 Doelstelling	10
1.3 Biopsychosociospiritueel zorgmodel	10
1.4 Methode van onderzoek	11
Hoofdstuk 2 Zingeving en zingevingvragen	12
2.1 Zingeving; een breed concept	12
2.2 Zingeving als proces: het model van Van der Lans	12
2.3 Twee niveaus van zingeving	15
2.4 Zingevingvragen en existentiële vragen	15
2.5 Zingevingbronnen	16
2.7 Verband tussen zingeving en psychisch welzijn	16
2.8 Zingeving en zingevingvragen; samengevat	17
Hoofdstuk 3 Herkenning van zingevingvragen door de psychiater	18
3.1 Zingeving, levensbeschouwing en de link met de therapeutische praktijk	18
3.2 Zijn (existentiële) zingevingvragen gerelateerd aan specifieke ziektebeelden? ...	19
3.3 Het verband tussen levensbeschouwing/ zingevingvragen en psychopathologie ...	20
3.4 Zingeving: werkelijkheidsbeleving of deel van de aandoening?	21
3.5 Zingeving en het niveau van werkelijkheidsbeleving	25
3.6 Herkenning van problematiek door psychiater	26
3.7 Conclusie	28
Hoofdstuk 4 Wijzen van aanpak van zingevingvragen door de psychiater	30
4.1 Begeleiding van patiënt met zingevingvragen	30

4.2	Symptoomgerichte en persoonsgerichte psychotherapie.....	31
4.4	Tegenoverdracht (een nadeel).....	32
4.5	Motivatie (een voordeel).....	33
4.6	Taalveld (een voordeel).....	33
4.7	Conclusie.....	34
Hoofdstuk 5	Methode van onderzoek.....	35
5.1	Verloop en resultaten van het vooronderzoek.....	35
5.2	Het huidige kwantitatieve onderzoek.....	36
5.3	Uitbreiding van gebruik kwantitatieve vragenlijst naar CVPPP.....	37
5.5	Samenvatting.....	39
Hoofdstuk 6	Analyse van gegevens uit het onderzoek.....	41
6.1	Beschrijving van de persoon en levensbeschouwing van de respondenten.....	41
6.2	Herkenning van zingevingvragen door de psychiaters.....	42
6.3	Aanpak van zingevingvragen door de psychiaters.....	43
6.4	Gegevens van UMC psychiaters met een christelijke achtergrond.....	44
6.5	Samenvatting.....	46
Hoofdstuk 7	Conclusies en discussie.....	48
7.1	Conclusies m.b.t. het literatuuronderzoek.....	48
7.2	Conclusies op grond van het empirisch onderzoek.....	49
7.3	Discussie.....	53
Bijlagen	55	
Bijlage 1;	de vragenlijst.....	56
Bijlage 2;	statistische gegevens in tabel.....	70
Geraadpleegde literatuur en websites.....		75

Inleiding

In deze scriptie, geschreven als één van de afsluitende onderdelen van het masterprogramma Theologie en Geestelijke Verzorging van de Faculteit Geesteswetenschappen, departement Religiewetenschappen en Theologie, Universiteit van Utrecht (UU), richten we onze aandacht op het onderwerp:

zingeving in het contact tussen psychiater en patiënt.

Waarom onderzoek naar zingeving in het contact tussen psychiater en patiënt?

Als de vanzelfsprekend ervaren zin van het bestaan als gevolg van ziekte (waaronder psychiatrische ziekte) wordt ondermijnd, kunnen meer vragen gesteld worden op het existentiële niveau¹ (Van der Lans, 2006, 80). Vragen als: “Waarom overkomt mij dit?”, “Wat betekent dit voor mij?”, “Welke zin heeft dit?”, “Waarom, en hoe ga ik eigenlijk nog door?”, “Wat maakt mijn leven de moeite waard?”, kunnen dan opkomen.

Mensen, die als patiënt met een psychiater in aanraking komen, bevinden zich vaak bij uitstek in een crisisvolle, kwetsbare situatie, waar dergelijke zingevingvragen zich in alle hevigheid kunnen opdringen. Herstel van fysiologische verstoringen en van het intra- en interpersoonlijke aspect van ziek zijn, zijn dan voor de psychiater vaak slechts het begin van de taak. Mogelijk dient ook aandacht te zijn voor de verstoring op existentieel en spiritueel vlak; voor vragen die de patiënt heeft rond de waarde van het leven, de betekenis van ziekte, relaties, lijden en dood.

Aandacht voor vragen op een ander niveau dan het fysieke -in de context van deze scriptie wordt vooral bedoeld op het existentiële niveau- kan zowel herstel op het fysieke niveau bevorderen, als de wijze waarop het individu om leert gaan met verminderde kwaliteit van leven of een beperkte levensverwachting, beïnvloeden (Hijweege en Pieper, 2006, 1).

Meningen van psychiaters verdeeld

Onder psychiaters leven verschillende meningen of en in hoeverre men in contact met de patiënt op zingevingvragen in moet gaan. Enerzijds bestaat de opvatting, dat de psychiatrie er niet is voor levensvragen, maar voor (psychiatrisch) zieken. In de praktijk betekent dit niet dat onderwerpen die te maken hebben met zingeving en levensbeschouwing niet aan de orde komen in therapie, maar dat therapeuten “er niet op in horen te gaan” (Mooren, 1998, 15). De Utrechtse psychiater en hoogleraar R. Kahn stelt in dit kader (E. Lockhorn, *Vrij Nederland*, 29 maart 2008): “*We zijn er niet voor levensvragen. De psychiatrie is er voor zieken, niet voor mensen die ‘lijden aan het leven’*”.

¹ Op het existentiële niveau wordt hier opgevat als: het menselijk bestaan betreffende. Op de begrippen zingeving, zingevingvragen en het existentiële niveau wordt nader ingegaan in hoofdstuk 2 van deze scriptie.

Anderzijds bestaat onder psychiaters de overtuiging - onder meer verwoord door psychiater F. van Ree- dat zingevingsproblemen niet te scheiden zijn van andere problemen. Glas (in van Ree, 1998, 145) betoogt bijvoorbeeld dat, hoewel binnen de beroepsgroep weliswaar vaak beweerd wordt dat “de harde kant van de psychiatrie (de biologische kant) gescheiden moet worden van de zachte rand van zingevings- en existentiële problemen”, dat het daadwerkelijk maken van een dergelijk onderscheid kan worden betwist. Immers: *“Op papier kan dit misschien wel, maar in het concrete geval niet. Bij ernstige psychiatrische stoornissen, zoals schizofrenie en de bipolaire stoornis, kom je bijvoorbeeld veel existentiële problemen tegen”*. Hij geeft, net als veel anderen aan, dat de patiënt naar zijn mening tekort wordt gedaan, als er niet op het existentiële aspect wordt ingegaan.

Interessant is in dit kader de mening van Van Loenen, die schrijft over het onderscheid tussen geestelijke problemen en psychische problemen. Een mogelijkheid is volgens hem om zingeving te onderscheiden als “het thema dat het geestelijke onderscheidt.” Echter; bij dit onderscheid dient zich het probleem aan, dat alle denken, voelen en zijn doordrenkt is van zin. In alle psychische activiteit is zingeving impliciet aanwezig (Van Loenen, 2005, 8). Uit deze verschillende uitspraken blijken tegengestelde opvattingen over de vraag in hoeverre de psychiater, in het contact met de patiënt het niveau van het fysieke (en psychische) ingrijpen overschrijdt.

Tegen deze achtergrond stellen we in deze scriptie de kwestie centraal of er volgens psychiaters in het contact met de patiënt aandacht is, dan wel zou moeten zijn, voor zingevingvragen of vragen op het existentiële niveau of juist niet. Welke belangrijke levensvragen en zingevingvragen nemen psychiaters waar en hoe gaan ze ermee om? Achten zij zichzelf voldoende competent om deze vragen te herkennen en er mee om te gaan? Ons inziens bestaat, met het oog op de contrasterende meningen hierover in de literatuur, op dit vakgebied aanleiding voor onderzoek.

Link met het onderzoek ‘Zingeving in het contact tussen arts en patiënt’

De antwoorden, die in hoofdstuk 6 van deze scriptie worden gepresenteerd, zijn gebaseerd op gegevens van de vragenlijst ‘Zingeving in het contact tussen arts en patiënt’ (zie bijlage 1). Deze vragenlijst behoort bij een gelijknamig onderzoek, dat sinds 2009 wordt verricht door dr. N.M. Hijweege-Smeets, dr. J.Z.T. Pieper en dr. W. Smeets.

In het exploratieve deel van genoemd uitgebreide onderzoek, verricht in de periode 2004 tot 2009, is aan vijftien artsen van het UMC te Utrecht gevraagd naar aandacht voor zingeving in het contact met de patiënt en de mogelijkheden die zij voor zingeving zien (Hijweege en Pieper, 2006, 3). In een artikel van Hijweege en Pieper over dit exploratieve vooronderzoek worden de verschillende opvattingen uiteengezet, die onder artsen leven rond de noodzaak van het wel of niet in gaan op levensvragen van een patiënt. Uit voorlopige onderzoeksresultaten blijkt dat “artsen oog hebben voor levensvragen en zingeving, maar deze doorgaans niet verbinden met centrale levenswaarden, geloofsovertuigingen en spiritualiteit” (Hijweege en Pieper, 2006, 13).

In het collegejaar 2010-2011 is de vragenlijst 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt' uitgezet onder alle artsen van vijf UMC's in Nederland. Met behulp van de antwoorden van de artsen wordt geïnventariseerd welke zingevingsproblematiek artsen herkennen en welke keuzes zij maken bij het al dan niet omgaan met zingevings- en existentiële vragen van patiënten.

Visie op zingevingvragen van patiënten door psychiaters van de CVPPP

Uitsluitend ten behoeve van nader onderzoek in het kader van deze scriptie is de enquête 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt' begin 2011 tevens uitgezet onder psychiaters, verbonden aan de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP). De CVPPP is de Nederlandse vakvereniging waarbij de relatie tussen christelijk geloof en de vakgebieden psychiatrie, psychologie en psychotherapie centraal staat (<http://cvppp.nl> (6 januari 2011)).

Het gelijktijdig uitzetten van dezelfde enquête onder twee groepen psychiaters -één groep verbonden aan een van de vijf UMC's in Nederland die meedoen aan dit onderzoek, de andere aan de CVPPP- stelt ons in staat ten behoeve van dit onderzoek na te gaan, of psychiaters met een concrete levensbeschouwelijke (in casu een christelijke) achtergrond, (op basis waarvan zij zich in een beroepsvereniging aaneensluiten), de enquêtevragen mogelijk anders beantwoorden dan psychiaters zonder een concrete levensbeschouwelijke achtergrond. Dit met als oogmerk om onze vooronderstelling te onderzoeken, dat er daadwerkelijk verschil bestaat in hetgeen psychiaters van UMC's enerzijds, en psychiaters met een christelijke achtergrond (aaneengesloten in een beroepsvereniging op basis van hun levensovertuiging) anderzijds, aangeven over herkenning van en omgaan met zingevingvragen in het contact met de patiënt.

Anders gesteld: is een onderscheid waar te nemen tussen de benaderingen van zingevingvragen van patiënten door psychiaters, waarbij religie -in dit geval een christelijke levensbeschouwing- wel of juist geen deel uitmaakt van het persoonlijke referentiekader?

Hoofdstuk 1 Opzet van de scriptie

In dit hoofdstuk volgt een uiteenzetting van vraag- en doelstelling en van de (onderzoeks-) aanpak, die ten grondslag ligt aan deze scriptie.

1.1 Vraagstelling

De onderwerpen die in een gesprek van de psychiater met een patiënt aan de orde komen zijn legio. Onduidelijk, maar van essentieel belang in dit kader, is in hoeverre deze vragen samenhangen met, dan wel te onderscheiden zijn van, zingevingvragen of vragen op het existentiële niveau.

In de literatuur zijn hierover verschillende opvattingen te vinden. Dijkhuis bijvoorbeeld geeft aan dat de problemen waarmee patiënten bij de psychiater komen, vaak in het teken staan van “hun normatieve instelling ten opzichte van anderen, van de wereld en van henzelf”. Ook zegt hij dat de therapeut, door diepere levensvragen en identiteitsvragen te stellen, altijd raakt aan de impliciete levensbeschouwing van de patiënt (Dijkhuis in van Ree, 1988). Alle mogelijke gespreksonderwerpen zijn volgens deze visie niet los te zien van zingevingvragen.

Mooren schetst echter het volgende beeld van psychotherapeutische behandelingen (waarbij opgemerkt moet worden dat deze een breder terrein omvatten dan uitsluitend psychiatrie²): “In de praktijk betekent dit niet dat onderwerpen die te maken hebben met zingeving en levensbeschouwing niet aan de orde komen in therapie, maar dat therapeuten ‘er niet op in’ horen te gaan” (Mooren, 1998, 15). In psychotherapeutische gesprekken mogen theologische noties als lijden, verzoening en genade niet worden gebruikt omdat “religie geen deel uitmaakt van het collectieve professionele zelfbeeld. Ze wordt beschouwd als idiosyncrasie, als persoonsgebonden eigenaardigheid”.

In de wereld van de psychotherapie impliceert deze opvatting dat terughoudendheid betracht moet worden, waar het gaat om onderwerpen als zingeving en levensbeschouwing, uit angst voor oneigenlijke (niet-therapeutische) beïnvloeding van de cliënt.

In de praktijk betekent dit niet, dat onderwerpen die te maken hebben met zingeving en levensbeschouwing niet aan de orde komen in de therapie, maar dat psychotherapeuten “er niet op in horen te gaan zoals geestelijk verzorgers dat wel mogen doen; te weten vanuit het eigen levensbeschouwelijke referentiekader” (Mooren, 1998, 15). Wij gaan ervan uit dat de veronderstelling ‘dat terughoudendheid betracht moet worden rond onderwerpen als zingeving en levensbeschouwing’, ook opgeld doet onder psychiaters.

² In dit onderzoek wordt *onder meer* gebruik gemaakt van literatuur, over of afkomstig van psychotherapeuten (waaronder psychiaters) en geestelijk verzorgers. Over en door deze beroepsgroepen is onderzoek gepubliceerd naar aspecten rond zingeving en therapie, die van toepassing kunnen zijn voor -onder meer- psychiaters.

Yalom lijkt wat dit betreft een andere mening toegedaan. Hij schrijft dat, als hij werkt met een patiënt die gelovig is, hij niet uit gaat van zijn eigen (niet-religieuze) levensovertuiging, maar probeert zich te laten leiden door de premisse: “om mijn patiënt geven”. Hij zegt hierover:

“Ik kan me niet voorstellen dat ik ooit zou proberen een geloof onderuit te halen waar iemand profijt van heeft, zelfs al zou dat geloof me volslagen bizar voorkomen. Dus als iemand die een geloofsovertuiging is toegedaan mijn hulp zoekt, zal ik nooit zo’n overtuiging, die vaak al in de vroege jeugd is ingescherpt, aan de kaak stellen. Ik zal juist vaak proberen manieren te bedenken om dat geloof te ondersteunen.” (Yalom, 2008, 144).

Volgens Yalom is het niet ter zake doend of zingevingvragen te onderscheiden zijn van andere problemen die in een gesprek tussen psychiater en patiënt aan de orde komen. Veeleer behandelt hij religie en wijze van zingeving als een vorm van coping. Zolang het hierbij om een gezonde vorm van coping gaat (dat wil zeggen: coping die de patiënt helpt om te gaan met, en betekenis te verlenen aan, zijn leven) zal hij de patiënt hierin steunen. Deze redenering sluit aan bij hetgeen Pargament schrijft met betrekking tot de relatie tussen religie dan wel zingeving en coping: “People cope religiously because religion is relatively available and accessible to them and because religion offers a more compelling route to significance than nonreligious alternatives” (Pargament, 1997, 162).

Auteurs op het desbetreffende gebied zijn het er over eens dat in psychotherapeutische gesprekken onderwerpen als zingeving en levensbeschouwing aan de orde komen; zij verschillen wat betreft de manier waarop zij omgaan met genoemde onderwerpen. Onbekend is verder of psychiaters zichzelf voldoende competent achten om zingevingvragen van patiënten te herkennen en er op professionele basis mee om te gaan.

Met het oog op het hiervoor beschrevene luidt de (onderzoeks)vraagstelling van deze scriptie:

Welke verschillen zijn er tussen psychiaters van UMC’s en psychiaters van het CVPPP in het herkennen en omgaan met zingevingvragen van de patiënt?

Deze vraagstelling wordt geoperationaliseerd aan de hand van de volgende onderzoeksvragen:

- 1) Wat wordt verstaan onder zingeving en zingevingvragen?
- 2) Herkent de psychiater zingevingvragen van de patiënt?
- 3) Hoe gaat de psychiater om met zingevingvragen van de patiënt?

Ad 1) Wat wordt verstaan onder zingeving en zingevingvragen?

Ieder mens krijgt vroeg of laat te maken met vragen rond zingeving. Hierbij wordt al snel gedacht aan levensbeschouwing en religie. Verschillende auteurs geven aan het woord zingeving een ruimere betekenis. Het is daarom van belang een duidelijke omschrijving te geven van hetgeen in dit onderzoek wordt verstaan onder zingeving en zingevingvragen.

Het antwoord op deze vragen wordt gegeven in hoofdstuk 2 van deze scriptie.

Ad 2) Herkent de psychiater zingevingvragen van patiënt?

Heeft de psychiater oog voor; herkent hij/zij zingevingvragen van de patiënt? Is de levensbeschouwelijke achtergrond van de psychiater van invloed bij het herkennen van zingevingvragen van de patiënt.

Deze vragen staan centraal in hoofdstuk 3 van deze scriptie, waar de van toepassing zijnde literatuur wordt besproken. Vervolgens wordt in hoofdstuk 8 getracht antwoord te geven op deze vragen op basis van empirisch onderzoek aan de hand van de door psychiaters in de vragenlijsten verstrekte informatie.

Ad3) Hoe gaat de psychiater om met zingevingvragen van de patiënt?

Vraag is of de psychiater vindt, dat zingevingvragen tot zijn/haar 'terrein' behoren. Zo ja, dan is de vraag hoe hiermee wordt omgegaan in of rond de therapie. Zo nee, dan rijst de vraag of wordt doorverwezen naar de dienst geestelijke verzorging. Het is voorts de vraag of de psychiater zich kundig (genoeg) voelt op het gebied van zingeving om professioneel om te gaan met zingevingvragen van de patiënt. Hoewel wij er, zoals eerder gezegd, vanuit gaan dat onder psychiaters de mening opgeld doet dat 'terughoudendheid betracht moet worden rond onderwerpen als zingeving en levensbeschouwing', rijst de vraag of dit geldt voor alle psychiaters. In dit onderzoek veronderstellen wij dat de levensbeschouwelijke achtergrond van de psychiater van invloed is bij het herkennen van zingevingvragen van de patiënt en mogelijk ook op de aanpak van deze zingevingproblematiek. De onder ad 3) genoemde vragen rond het omgaan met vragen van patiënten rond zingeving worden behandeld in hoofdstuk 4 van deze scriptie en vergeleken met de van toepassing zijnde literatuur. In hoofdstuk 8 trachten we ook op deze vragen antwoord te geven door middel van empirisch onderzoek aan de hand van de door psychiaters in de vragenlijsten verstrekte informatie.

Onderzoeksgroepen vergeleken

Samengevat: op de drie hiervoor uitgewerkte onderzoeksvragen trachten we in deze scriptie antwoord te geven door middel van literatuuronderzoek en door analyse en vergelijking van de antwoorden van psychiaters van UMC's en van de CVPPP op de enquête 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt'.

Door het vergelijken van twee verschillende groepen psychiaters (psychiaters die werkzaam zijn binnen een academisch ziekenhuis enerzijds, en psychiaters die lid zijn van de Christelijke vereniging van psychiaters, psychologen en psychotherapeuten anderzijds) trachten we nóg een vraag te beantwoorden namelijk: of de levensbeschouwelijke achtergrond van de psychiater (deze wordt als leidraad verondersteld bij psychiaters die zich op basis van dit referentiekader

aaneensluiten in een beroepsvereniging) van invloed is op het herkennen van en omgaan met zingevingvragen van de patiënt.

1.2 Doelstelling

Psychiatrische ziektebeelden tasten op verschillende manieren de kwaliteit van het menselijk bestaan aan. De psychiatrische patiënt ervaart zowel psychische problemen op het gebied van stemming, zelfbeeld en toekomstverwachtingen alsook sociale problemen (Lang, 1998, 7). Immers: de ziekte beïnvloedt veelal ook het sociale functioneren en de plek van de patiënt in de maatschappij. Twijfels aan de zin van het bestaan komen bij veel patiënten naar voren.

In de hedendaagse maatschappij bestaat een pluriformiteit aan geestelijke stromingen en levensbeschouwingen, die zich afspiegelt in de psychiatrische hulpverlening (Lang, 1998, 7). Sommige mensen hechten aan de band met godsdienstige instituties, anderen hebben de band hiermee verbroken. Ook heerst bij een aantal mensen onwetendheid over enige vorm van levensbeschouwing of bestaanszin. Menigeen zoekt naar nieuwe perspectieven in alle mogelijke geestelijke stromingen om zin te vinden en te geven aan eigen en andermans leven. Mede door deze pluriformiteit zijn patiënten soms bang dat zij in hun levensopvattingen niet worden begrepen.

Het eerste doel van dit onderzoek is om herkenning en omgaan met zingevingvragen vanuit deze pluriforme patiëntengroep te bevorderen. Daarnaast tracht het onderzoek verschillen aan het licht te brengen tussen benaderingen van psychiaters, waarbij religie/levensbeschouwing wel of juist niet deel uitmaakt van het persoonlijke referentiekader.

Van belang is het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop de psychiater de zorg op en rond de patiënt afstemt, waar deze wordt geconfronteerd met vragen op het gebied van zingeving. Meer algemene doelstelling van het onderzoek is het bieden van handvatten aan de (zorg-)praktijk ten behoeve van een optimale afstemming van het dienstenaanbod aan het individu, waarbij mede oog bestaat voor de mogelijke bijdrage van de dienst geestelijke verzorging aan de kwaliteit van de zorgverlening in zijn geheel.

1.3 Biopsychosociospiritueel zorgmodel

In het traditionele biomedisch denken tot aan ongeveer de tweede wereldoorlog werd een mens in de medische wetenschap geobjectiveerd en gereduceerd tot een fysiek lichaam. Met het ontstaan van langere levensverwachtingen en chronische ziekten traden echter psychologische en sociale implicaties van ziekte meer op de voorgrond, wat leidde tot een overgang van het biomedische naar het biopsychosociale zorgmodel. Sindsdien is aangenomen dat naast biologische ook psychologische en sociale factoren invloed kunnen uitoefenen op het ontstaan en beloop van

ziekteprocessen. In de literatuur (Hijweege en Pieper, 2006, over Leentjes, 12) wordt dit momenteel beschreven als het meest invloedrijke model.

Weliswaar biedt het biopsychosociale zorgmodel ruimte om existentiële problemen en het stellen van zin- of levensvragen verband houdend met ziekte te benoemen, maar deze vraagstukken worden in dit model niet als aparte categorie benoemd. Aandacht voor zingeving en zingevingvragen kan echter het herstel op het fysieke niveau, of de wijze waarop het individu om leert gaan met verminderde kwaliteit van leven of een beperkte levensverwachting, bevorderen.

In de hedendaagse literatuur wordt daarom aandacht besteed aan een extra aspect dat een plek verdient in het biopsychosociale zorgmodel; de geestelijke/ spirituele dimensie. Meerdere schrijvers (waaronder van Ree, 1997, 16), (Hofman-De Groot, 2008, over De Vries-Schot, 16) wijzen op een te eenzijdige medicalisering en psychologisering in de huidige gezondheidszorg, waarbij religieuze of spirituele problematiek niet wordt herkend, of vertaald in psychologische concepten.

Onder spiritueel verstaan we hier, conform Hofman-De Groot (2008, 10), dat een mens beseft of vermoedt, dat hij/zij deel uitmaakt van een groter, samenhangend, zinvol geheel en hier vorm aan tracht te geven. Op het moment dat het transcendente een rol gaat spelen in iemands leven, is dan sprake van het zichtbaar worden van de spirituele dimensie.

1.4 Methode van onderzoek

Analyse resultaten tegen achtergrond BPSS

Bij dit onderzoek wordt uitgegaan van een holistische benadering van zorg, hetgeen wil zeggen dat, dat het systeem van gezondheidszorg aandacht heeft voor alle verstoorde relaties van de zieke persoon als geheel. Aandacht dus voor zowel voor de lichamelijke, psychische en sociale gebieden als voor de spirituele dimensie; het biopsychosociospiritueel zorgmodel (Hijweege en Pieper, 2006, over Sulmasy, 12).

Voor het onderzoek naar zingeving in het contact tussen psychiater en patiënt is gebruik gemaakt van resultaten van de enquête uit het lopende onderzoek 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt' (bijlage 1). De enquête is ten behoeve van deze scriptie ook uitgezet onder een groep psychiaters van de CVPPP. Na een weergave en vergelijking van de onderzoeksgegevens van de twee groepen psychiaters (vanuit UMC of CVPPP) in hoofdstuk 6 en 7, eindigen we in hoofdstuk 8 met een reflectie op de resultaten vanuit het perspectief van een biopsychosociospiritueel zorgmodel voor de psychiatrische praktijk.

Hoofdstuk 2 Zingeving en zingevingvragen

In dit hoofdstuk trachten we de termen zingeving, zingevingvragen, existentiële vragen en zingevingbronnen nader te expliciteren, met het oog op de belangrijke rol die deze begrippen (zoals hiervoor beschreven) vervullen op het gebied van het psychisch welbevinden.

2.1 Zingeving; een breed concept

Wij hanteren in dit onderzoek -zoals eerder aangegeven- een brede definitie van zingeving. Hiermee sluiten we aan bij het grotere onderzoek, dat (mede) aan de basis ligt van deze scriptie. Bij dat onderzoek wordt een brede benadering van zingeving gehanteerd, die loopt van alledaagse tot existentiële zingeving (Hijweege en Pieper, 2006, 7). Immers, we zijn dagelijks voortdurend met zingeving bezig, zonder ons daarvan bewust te zijn. Dit, totdat zich situaties voordoen waar de vraag naar zingeving nadrukkelijker op de voorgrond komt te staan en van meer existentiële aard is; daar waar de zin van iets meer in verband wordt gebracht met dit menselijk bestaan, bijvoorbeeld in geval van psychiatrische ziekte.

Een brede benadering van het begrip zingeving brengt het risico met zich mee dat het een vage term wordt, met een grote reikwijdte. Reden om het begrip, voor zover relevant voor deze scriptie, hierna wat verder te specificeren.

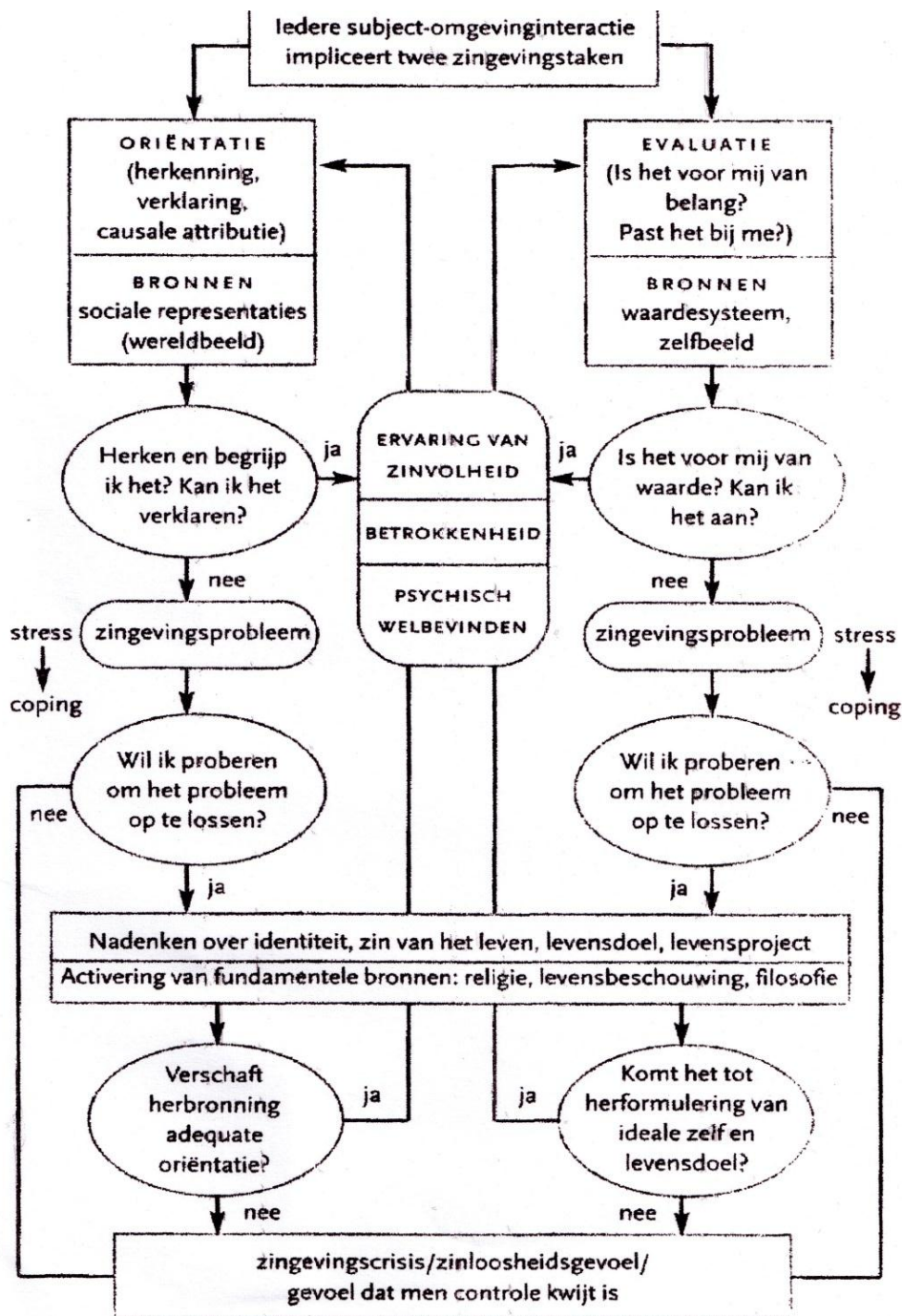
2.2 Zingeving als proces: het model van Van der Lans

Het antwoord op de vraag waarom mensen zoeken naar zin, is volgens Van der Lans, omdat zingeving een -universeel- basale activiteit van de mens is, in functie van het biologische voortbestaan. De mens is, vergeleken met het dier, uitgerust met veel minder instincten en is minder gespecialiseerd. Bewustzijn en intelligentie zijn daarentegen hoog ontwikkeld, zodat de mens zich kan handhaven en overleven door actief in de veelheid van prikkels en omgevingsobjecten ordening aan te brengen en te evalueren (Van der Lans, 2006, 84).

De basale menselijke activiteiten oriëntatie en evaluatie vormen volgens Van der Lans de basiselementen van het zingevingproces. Hij heeft het proces in een model uitgewerkt, dat is weergegeven op de volgende bladzijde.

Zingeving wordt in dit conceptuele schema voorgesteld als:

“een reeks van samenhangende cognitief-affectieve processen, die voorwaarden scheppen voor inzet en betrokkenheid en voor zinbeleving welke zich manifesteert in psychisch welbevinden, of die uitmonden in een zingevingscrisis en gevoelens van zinloosheid” (Van der Lans, 2006, 81).



Model 1

Het zingevingproces (in deze definitie *red.*) is dus een complexe psychische toestand waarin drie elementen een rol spelen: 1) besef van cognitief-affectieve controle (*d.w.z. is er sprake van bewuste controle of controle op gevoelsniveau, red.*) ; 2) doelgerichtheid; 3) een vitaal (*dus duidelijk en voor de persoon herkenbaar en zijn normale leefpatroon invaliderend, red.*) lust- of onlustgevoel.

Er kan volgens deze definitie nooit sprake zijn van het ontbreken van zingeving, hetgeen aansluit bij de mening van Zock die verwoordt dat zinvragen zich manifesteren als existentiële vragen, maar ook als zin in het alledaagse leven (Zock, 2001, 16-17).

Het model laat zien dat er twee processen zijn; het *ja-proces* en het *nee-proces*. Alleen het *nee-proces* leidt tot een zingevingprobleem. Of zo'n probleem wel of niet ontstaat is afhankelijk van de uitkomsten van het proces van oriëntatie en evaluatie.

De **oriënterende taak** (linkerkant van in het schema) vindt plaats aan de hand van vragen als: "Is het te begrijpen?" en "Heb ik er een verklaring voor?".

Bij deze oriënterende taak staat het besef van *cognitief-affectieve controle als resultaat van herkennen en begrijpen* centraal.

Hierbij maakt iedereen gebruik van beschikbare (zingevings-)bronnen³; interpretaties en verklaringen ontleen we aan gemeenschappelijke betekenissen.

- Bij de **evaluerende taak** (rechterkant van het schema) worden vragen als: "Hecht ik er waarde aan?" en "Kan ik het aan?" beantwoord. Beantwoording hangt af van (zingevings-) bronnen als: de doeleinden die we nastreven, het persoonlijke waardesysteem en het zelfbeeld (Van der Lans, 81).

Bij deze evaluerende taak gaat het dus om het motivationele aspect van zingeving. We willen ergens 'voor gaan' zolang er bepaalde belangrijke doelen zijn te bereiken; als er belangrijke levenswaarden en idealen op het spel staan. Zolang iets past bij ons 'levensproject' ervaren we het als waardevol en dus als zinvol (Van der Lans, 2006, 78).

Het ja-proces

Na interactie van het individu met zijn omgeving doorloopt het individu de oriënterende taak en bemerkt dat hij de gebeurtenis kan herkennen en verklaren. Ook doorloopt het individu de evaluerende taak en bemerkt dat hij de gebeurtenis van waarde vindt én de situatie aankan. E.e.a. leidt tot een ervaring van zinvolheid/ betrokkenheid en psychisch welbevinden (positief affect). Van der Lans verwoordt dit als volgt: Wanneer zowel de oriënterende als de evaluerende taak tot een bevredigende uitkomst leiden, kan de situatie als zinvol worden ervaren, hetgeen leidt tot 'commitment' en een gevoel van psychisch welbevinden (Van der Lans, 2006, 81).

Het nee-proces

Wanneer het individu bemerkt dat hij de situatie niet kan herkennen en verklaren ofwel de situatie wél van waarde vindt maar niet aankan, ontstaat er stress. Een stressreactie zorgt er voor dat een coping proces op gang komt. Het individu vraagt zich af of hij het probleem op wil lossen. Indien men er niet toe in staat is ontstaat een zingevingscrisis. Indien het coping proces wel op gang komt,

³ Meer over zingevingbronnen in paragraaf 2.6 van deze scriptie.

probeert het individu door herbronnen en/ of herformuleren (hierbij kan religie of levensbeschouwing een rol spelen) te komen tot oplossen van de crisis. Dit proces van herbronnen / herformuleren kan twee uitkomsten hebben; het proces “lukt”, hierna ervaart men toch een gevoel van zinvolheid. Het proces lukt niet; dit leidt tot het gevoel dat men de controle kwijt is en/ of tot een gevoel van zinloosheid. Dit noemen we een zingevingscrisis.

2.3 Twee niveaus van zingeving

Binnen het proces van zingeving onderscheidt Van der Lans, net als Zock (Zock, 2001, 16-17) twee niveaus: ten eerste het niveau van vanzelfsprekende zingeving, ten tweede het niveau van existentiële zingeving. Pas als sprake is van een crisis in het bestaan (bijvoorbeeld verlies van gezondheid, van een persoon of van werk), blijkt het niveau van vanzelfsprekende zingeving ontoereikend te zijn voor een bevredigende oriëntatie en evaluatie. Dit leidt tot psychologische stress. Er ontstaat dan een zingevingprobleem dat de aanleiding kan vormen tot nadenken over de eigen identiteit en uiteindelijk over doelen en zin van het eigen bestaan; kwesties, gelegen op het niveau van existentiële zingeving. Soms is die ontwrichting zo sterk dat er gesproken kan worden van trauma, in dat geval kan het zijn dat andere hulpbronnen dan gebruikelijk in beeld komen, zoals de psychiater.

2.4 Zingevingvragen en existentiële vragen

Zinbeleving, zoals beschreven in het model van Van der Lans, kan dus worden aangetast. Zingevingproblemen ontstaan -zoals hiervoor beschreven- wanneer de oriëntatie stagneert (de situatie is niet te begrijpen; niet te plaatsen in het gehanteerde wereldbeeld) of wanneer de evaluatie problemen oplevert (de gegevens passen niet -meer- in het levensproject). Zingevingvragen op existentieel niveau (kunnen) worden gesteld als sprake is van psychische nood, van grenssituaties (zoals lijden of een naderend levenseinde).

Anders geformuleerd (Hofman-De Groot, 2008, 30):

Zingevingvragen (eveneens op dit existentiële niveau, red.) worden gesteld, als het individu het gevoel heeft, dat de kwaliteit van leven is aangetast.

De taken van heroriëntatie (herbronning) en herevaluatie, die bij een zingevingscrisis nodig blijken, hebben bij een crisis op existentieel niveau betrekking op de existentiële dimensie van het eigen bestaan. Dit is impliciet in elke situatie zo, maar bij een zingevingscrisis blijken de huidige bronnen tekort te schieten.

2.5 Zingevingbronnen

Welke bronnen worden er door mensen gehanteerd? In het model van Van der Lans is er bij het *ja-proces* sprake van de volgende zingevingbronnen: zelfbeeld, wereldbeeld en waardesysteem. In het *ja-proces* zijn deze bronnen voldoende om het proces van oriëntatie en evaluatie goed af te kunnen ronden. Bij het *nee-proces* is er sprake van crisis en ontstaat de noodzaak van herbronning. De ‘gewone’ zingevingbronnen (zelfwaarde/ waardesysteem en wereldbeeld) voldoen niet meer. Er moeten andere *fundamentele* bronnen worden ‘aangeboord’, om de ervaren stress draaglijk te maken. Het model spreekt over religie, levensbeschouwing en filosofie als dergelijke bronnen.

Fundamentele zingevingbronnen kunnen levensbeschouwelijk of religieus zijn, maar dat hoeft niet. Ook andere levensbeschouwelijke oriëntaties kunnen als zingevingbron fungeren, hoe impliciet deze levensbeschouwelijke oriëntaties in de ogen van anderen ook kunnen zijn. Van Ree schrijft over impliciete levensbeschouwelijke oriëntaties het volgende: “Ieder mens ontwikkelt (...) een impliciete levensbeschouwing: een beschouwing van de wereld en van zichzelf, en tegelijkertijd de wijze waarop hij de werkelijkheid benadert” (van Ree, 2000, 149). Een soortgelijke mening zien we terug bij andere schrijvers zoals Van Zanten. Van Zanten schrijft over zingevingssystemen als (Hofman-De Groot, 2008, 24): ‘*het geheel van aanleg en opvoeding, van waarden en normen, van herinneringen en verwachtingen, van beelden en opvattingen, met behulp waarvan een mens zijn leven zingeving en richting geeft*’.

Onderzoek naar religieuze coping (Pargament, 1997) heeft aangetoond dat religie vaak expliciet ingezet wordt door mensen die lijden onder verschillende soorten crises. De mate waarin iemand religie gebruikt bij het hanteren van crisissituaties hangt af van een aantal variabelen waaronder; de persoon die de crisis ondergaat, de aard van de crisis en de context waarbinnen de persoon moet omgaan met de crisis.

2.7 Verband tussen zingeving en psychisch welzijn

Het zoeken naar zin lijkt op het eerste oog een vage aangelegenheid. Bevindingen van Debats (1996, 153) wijzen echter op een belangrijke relatie tussen het vermogen tot zingeving enerzijds en psychisch gezond functioneren anderzijds. Immers slaagt het individu, dat in crisis is, in de poging te komen tot herbronning of heroriëntatie, dan kan de zinbeleving en daarmee een gevoel van welbevinden terugkeren. Lukt de poging tot heroriëntatie te komen niet, dan is sprake van een zingevingscrisis, die zich in zowel somatische als psychische symptomen kan uiten (Hofman-De Groot, 2008, 28).

Mooren (1988, 36-39) ziet zingeving als psychisch vermogen en pleit ervoor om in de therapie aandacht te schenken aan het gezond functioneren en zo nodig herstellen van dit vermogen, opdat het aangewend kan worden in het therapeutische proces (Hofman-De Groot, 2008, 28). Hiermee is een link gelegd met de therapeutische praktijkvoering⁴. Een patiënt met

⁴ Meer hierover in de hoofdstukken 3 en 4 van deze scriptie.

zingevingsvragen kan hierbij mogelijk goed professionele hulp gebruiken. Immers.. het vinden van zin is (...) hard werken. Anderen die meezoeken, meeluisteren en meedenken blijken onontbeerlijk te zijn bij het vinden van zin (Hofman-De Groot, 2008, 31).

2.8 Zingeving en zingevingsvragen; samengevat

In dit hoofdstuk is een antwoord geformuleerd op de eerste onderzoeksvraag, namelijk; wat wordt verstaan onder zingeving en zingevingsvragen?

Zingeving is een basaal menselijke activiteit, die plaatsvindt na iedere gebeurtenis, dus na iedere interactie van een individu en zijn omgeving zoals beschreven in het model van Van der Lans. Dit zin geven gebeurt na oriëntatie en evaluatie. Bij deze processen wordt door het individu gebruik gemaakt van bronnen (in eerste instantie van zelfwaarde/ waardesysteem en wereldbeeld). De processen van oriëntatie en evaluatie hebben als doel (zij gericht op en/ of resulterend in) het behouden of verwerven van gevoelens van zinvolheid, betrokkenheid en welbevinden. Oriëntatie en evaluatie van gebeurtenissen is een proces, dat in het leven van alledag vanzelfsprekend en onbewust verloopt. Echter bij crisis, zoals bij (psychiatrische) ziekte, wordt dit vanzelfsprekende proces doorbroken, waardoor zingevingsvragen -ook op existentieel gebied- kunnen ontstaan. Deze situatie vraagt, om gevoelens van zinvolheid en welbevinden opnieuw tot stand te laten komen, expliciete inzet van -voor de persoon- fundamentele zingevingsbronnen (dit kan bijvoorbeeld religie, levensbeschouwing of filosofie zijn). De inzet van anderen (bijvoorbeeld psychiaters) kan hierbij van groot belang zijn.

Hoofdstuk 3 Herkenning van zingevingvragen door de psychiater

3.1 Zingeving, levensbeschouwing en de link met de therapeutische praktijk

Het hebben van een langdurige psychiatrische ziekte, stoornis of handicap kan de mens met zin(geving)vragen confronteren. Ook korter durende psychische crises kunnen zingevingvragen bij mensen oproepen (zie beschrijving van het model van Van der Lans in hoofdstuk 2). Het is bij een patiënt met een psychiatrische aandoening echter de vraag, of psychiatrische symptomen en zingevingvragen van elkaar te onderscheiden zijn. In hoeverre behoort het zoeken naar zin en betekenis tot de pathologie of juist niet? In elke psychische activiteit is immers, zoals we eerder hebben geconcludeerd, zingeving impliciet aanwezig. Onderstaande brief laat zien hoe ingewikkeld herkennen van zingevingvragen kan zijn bij een psychiatrisch ziektebeeld.

Beste X, U hebt me lang niet gezien. Ik zit -hopelijk tijdelijk- op een crisisafdeling. Volgende maand word ik 45 jaar. Is niet zo 'piep' meer, he? Ik kan uitleggen waarom ik hier ben, maar dat doe ik niet. Een reden was, dat ik vond dat ik geen aanspraak meer had. En dan kom je niet ver. Het hing me de nek uit! Letterlijk en figuurlijk. Ik voel me op dit moment alsof ik in de poep drijf. Veel is er gezegd, weinig is er uitgevoerd. Je kunt je kont niet keren of ze beramen alweer slechte plannen. Wat valt er nog meer over dit leven te weten? En de rest. Soms voel ik me niet zo in mijn element. De regen, de vele vrije tijd - het zet aan tot piekeren. Ik weet ook wel van welke kant de wind waait. Ze steken tegenwoordig overal de draak mee. Het doet zo'n pijn. Soms verga ik echt van de pijn. De dokter zei dat ik gezond was. Ja, dokters en dokters! Goede wijn behoeft geen krans. Gelukkig. Ik voel me zo opgesloten. Een vrije dag? Ja, opzijgeschoven door mensen die wél werken. Je kunt daar toch niets tegen beginnen?! Uit den Boze! Vriendschappen heb ik wel. Veraf en dichtbij. Moet je een arbeider zijn loon onthouden? En mag je zomaar stelen, mensen afluisteren, de hele dag aan één stuk door lui zijn, je in een hoek laten drukken? I don't think so. Mijn vader heeft een - tijdelijk - ziekbed achter de rug. Soms zijn het aangrijpende dingen die in mijn jeugd plaats hebben gevonden. Pijnlijk óók! Ik zie nu een appel, en denk daar 'van alles' bij. Die schrijft, die blijft. Eer aan de Koningin. Je hoeft niet veel te weten, om te zien dat eigenlijk iederéén van adel is. We stammen per slot van rekening allemaal af van Adam en Eva. Ik ben vandaag, en ook gisteren, niet naar de kerk geweest. I couldn't. Although I wanted it! ik zit hier maar. Te koekeloeren. Tot er iemand komt en zegt: "Ga mee. Ik zal je alles laten zien. Het licht, de Weg".

Groeten (Van Loenen, 2004, p. 31-32).

Opvallend aan deze brief is het haast zonder overgang door elkaar halen/ lopen van de verschillende niveaus van de ervaringen en de werkelijkheid van het dagelijks leven waarin de persoon functioneert. Gaat het enerzijds om relaties (bijvoorbeeld vriendschappen) en om emoties (bijvoorbeeld hoop, het gevoel in de poep te drijven), anderzijds gaat het ook om zinbeleving. De schrijver van de brief vraagt zich af of het leven zin heeft (bijvoorbeeld; "wat valt er nog meer

over dit leven te weten” en *“wie schrijft die blijft”*), probeert gebeurtenissen in het leven te duiden (bijvoorbeeld de jeugd, aangrijpende gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden) en verlangt naar de dood (*“Tot er iemand komt en zegt: “Ga mee. Ik zal je alles laten zien. Het licht, de Weg”*). Gedeeltelijk lijken we de brief te kunnen begrijpen, op andere momenten echter lijkt het alsof de schrijver een werkelijkheid beschrijft die zich aan ons zicht onttrekt.

De brief laat zien dat het herkennen van zingevingvragen bij psychiatrisch patiënten een ingewikkelde zaak is. In de brief zien we dat dit onder meer te maken heeft met de taal waarvan de patiënt zich bedient. Daarnaast lijkt er samenhang met verschijnselen van de aandoening zelf en de samenhang met zijn of haar levensovertuiging (bijvoorbeeld: *“We stammen per slot van rekening allemaal af van Adam en Eva”*). In dit hoofdstuk willen we daarom ingaan op de vraag;

Herkent de psychiater zingevingvragen van patiënt?

Om tot een antwoord te komen op deze vraag moeten/ willen we ons allereerst verdiepen in de aard van zingevingvragen die psychiatrische patiënten kunnen ervaren, hun werkelijkheidsbeleving en de samenhang tussen zingevingvragen, pathologie en de hulpbronnen die patiënten gebruiken om tot oplossingen te komen voor zingevingscrisis.

3.2 Zijn (existentiële) zingevingvragen gerelateerd aan specifieke ziektebeelden?

Voordat antwoord kan worden gegeven op de vraag of de psychiater zingevingvragen bij de patiënt herkent, moet worden ingegaan op de aard van zingevingvragen bij psychiatrische aandoeningen.

Een langdurige psychiatrische aandoening kan worden beschouwd als een chronische aandoening. Bij chronische aandoeningen is het zo dat men blijvend patiënt wordt. Het is bekend, dat dit door velen als een uitzichtloze situatie wordt ervaren, onder meer omdat de aandoening het toekomstbeeld (voor altijd) aantast. Het leren accepteren van een chronische aandoening gaat gepaard met een -bijzonder gecompliceerd- rouwproces. Bos schrijft hierover: *“Vaak gaat een chronische psychiatrische aandoening gepaard met diepe en langdurige rouw om kwijtgeraakte capaciteiten en verloren toekomstperspectief, dromen of idealen” (Bos, 2006, p. 311)*. Langdurige psychiatrische aandoeningen gaan niet alleen gepaard met een rouwproces, maar vaak ook met problemen van levensbeschouwelijke aard. Zo zijn er algemene zingevingvragen (die per definitie door ernstig lijden worden opgeroepen) als: *“Waarom?”*. *“Wat is de zin van dit lijden?”*. *“Als er een God bestaat, waarom staat hij dan zoveel ellende toe?”* *“Kan God helpen?”* *“Wat ben ik waard?”* *“Mag ik mezelf doden?”* Dit soort zinvragen heeft niets te maken met zin in het alledaagse leven, maar met de zin van het leven. Men duidt deze vragen aan als existentiële vragen.

Bos geeft aan dat bepaalde specifieke zingeving- en geloofsvragen door specifieke psychiatrische problematiek teweeg gebracht kunnen worden. Zo benoemt hij de aantasting (bij ernstige depressies) van het gevoelsleven, waardoor ook het vermogen om te bidden wordt aangetast en tevens het gevoel om Gods nabijheid te voelen of zingeving te ervaren (Bos, 2006, p.

310). Ook benoemt hij het feit dat als mensen in een manische toestand verkeren, zij zichzelf soms een bovenmenselijke taak toedichten (of zich met bijvoorbeeld God of Jezus vereenzelvigen), wat een realistische verbondenheid met sociaal relevante anderen (dus ook met een geloofsgemeenschap) ernstig bemoeilijkt.

Als mensen geen zin meer beleven in hun leven, komt de vraag naar de zin van het leven nog wel eens op (Zock, 2001, 17). Een dergelijke vraag kan volkomen los staan van de psychiatrische problematiek zelf (dus niet een uiting zijn van de psychopathologie). Desondanks wordt de vraag naar de zin van het leven door psychiaters vaak argwanend bekeken. Psychiaters interpreteren dergelijke vragen onder meer als weerstand, als cognitief afweermechanisme dat als doel heeft de confrontatie met het eigen falen en het onder ogen zien van het eigen leven te omzeilen.

3.3 Het verband tussen levensbeschouwing/ zingevingvragen en psychopathologie

In de voorgaande paragraaf zagen we dat sommige zingevingvragen kunnen samenhangen met, of deel uitmaken van, het ziektebeeld. We zagen echter ook dat er lang niet altijd sprake is van een dergelijke samenhang. Als een dergelijke samenhang niet bestaat is het echter heel wel mogelijk dat de patiënt worstelt met zingevingvragen (al dan niet op het terrein van zijn geloof/ levensovertuiging). Het idee dat het geloof/ de levensvisie aan het wankelen kan worden gebracht door psychiatrische problematiek wordt naast Bos gedeeld door psychiaters zoals Van Ree en Yalom.

In termen van het model van Van der Lans gebeurt er het volgende: Wanneer het individu bemerkt dat hij de situatie niet kan herkennen en verklaren ofwel de situatie wél van waarde vindt maar niet aankan, ontstaat er stress. Een stressreactie zorgt er voor dat een coping proces op gang komt. Het individu vraagt zich af of hij het probleem op wil lossen. Indien men er niet toe in staat is ontstaat een zingevingscrisis. Indien het coping proces wel op gang komt, probeert het individu door herbronnen en/ of herformuleren met behulp van voor het individu fundamentele bronnen te komen tot een oplossing van de crisis. Als dit laatste proces “lukt”, ervaart de persoon hierna toch een gevoel van zinvolheid. Als het proces niet lukt leidt dit tot het gevoel dat men de controle kwijt is en/ of tot een gevoel van zinloosheid. Dit noemen we een zingevingscrisis. Dat hierbij geloof / levensbeschouwing een rol speelt wordt duidelijk indien men in ogenschouw neemt dat dit fundamentele bronnen zijn die bij het proces van heroriëntatie en herevaluatie gebruikt worden. Wanneer deze bronnen ontoereikend blijken te zijn kan dat ertoe leiden dat een individu aan zijn geloof/ levensbeschouwing gaat twijfelen.

Een ander verband tussen geloof/ levensvisie, zingevingvragen en psychiatrische ziektebeelden kan worden gevonden in een negatieve beïnvloeding van de pathologie door het geloof/ de levensovertuiging. Zo kunnen we ons voorstellen dat uitspraken -van derden- over gebrek aan vertrouwen in God, maar ook gevoelens van tekort schieten van het gebedsleven en dergelijke bijvoorbeeld bij depressies kunnen leiden tot verergering van de klachten.

Resumerend kunnen we stellen dat de (existentiële) zingevingvragen deel kunnen uitmaken van de ziekte. Ook kan de ziekte leiden tot twijfel aan (of verlies van) het geloof/ de levensovertuiging en ook kan de levensovertuiging van de patiënt in bepaalde gevallen leiden tot verergering van de ziekte. De levensbeschouwing kan echter ook houvast bieden aan de patiënt en zo een -belangrijke- bron van coping (herbronning/ heroriëntatie) zijn in het eerder uitgewerkte proces. Onderzoek van Van Uden en Pieper bij het Vincent van Gogh Instituut en verschillende RIAGG 's heeft laten zien dat geloof en levensbeschouwing/ levensvisie ook een positief effect kan hebben op hoe mensen omgaan met hun psychische problematiek (H. Zock, 2001, p.12).

Het bovenstaande laat zien dat het verband tussen zingevingvragen, een psychiatrisch ziektebeeld en levensvisie/ levensbeschouwelijke overtuiging (het 'geloof') vier vormen kan aannemen:

- de zingevingvragen zijn onderdeel van de pathologie
- het geloof/ de levensvisie veroorzaakt of verergert de ziekte
- verlies van geloof/ levensvisie ten gevolge van de psychiatrische problematiek
- het geloof/ de levensvisie biedt houvast en heeft een positieve werking op het ziektebeeld (religieuze coping).

De brief lezend, lijkt het alsof er geen sprake is van één van deze verbanden, maar van een aantal tegelijk. Een samengaan lijkt verklaarbaar; een patiënt kan zowel last hebben van zingevingvragen (bijvoorbeeld samenhangend met de pathologie) maar tevens steun ontleen aan zijn geloof in het omgaan met deze pathologie. Dit maakt herkenning door de psychiater extra ingewikkeld.

3.4 Zingeving: werkelijkheidsbeleving of deel van de aandoening?

In de inleiding van dit hoofdstuk stelden wij onszelf de vraag of zingevingvragen en symptomen van psychiatrische aandoeningen van elkaar te onderscheiden zijn; immers, in elke psychische activiteit kan zingeving impliciet of expliciet aanwezig zijn.

Zingeving heeft te maken met de manier waarop de mens tegen de werkelijkheid/ realiteit aankijkt. In de psychiatrie zegt men dat als mensen hallucineren of waandenkbeelden hebben, zij hun realiteitsbegrip (realiteitstoetsing) kwijt zijn. Klaarblijkelijk kun je je realiteitstoetsing dus kwijt raken, hetgeen er dan toe leidt dat je niet meer in staat zou zijn tot het ervaren van een objectieve werkelijkheid. Dit leidt tot de vraag wat het ervaren van een objectieve werkelijkheid nu eigenlijk inhoudt. Verschillende auteurs geven aan dat het begrip werkelijkheid een complex begrip is. Om beter te begrijpen hoe een psychiatrische ziekte ingrijpt in de waargenomen - objectieve- werkelijkheid van de patiënt (en zodoende te bepalen of de door de patiënt verwoorde zingevingproblematiek los te zien is of onderdeel uitmaakt van ziekte "eigen" pathologie), zou men het begrip werkelijkheid, in delen kunnen splitsen. Van Ree gebruikt hiervoor de volgende onderverdeling.

1. De objectieve werkelijkheid

Van Ree geeft aan dat met name Westerse denkers zeggen dat 'de werkelijkheid' al datgene is wat buiten ons bewustzijn staat. Dit verwijst naar het bestaan van een objectieve werkelijkheid. Hij schrijft dat de objectieve werkelijkheid een werkelijkheid is die, ook zonder dat wij deze zelf ervaren, bestaat. Hij benadrukt dat het in deze vaak gaat om stoffelijk- energetische aard van de werkelijkheid (*van Ree, 2000, p.91-92*); dit zou je kunnen omschrijven als een direct waarneembare *fysische werkelijkheid*. Als er geen mensen meer zouden bestaan, houdt de 'bron' van de waarneming (stoffelijk- energetische/ dus objectieve werkelijkheid) niet op te bestaan.

2. De ervaren objectieve werkelijkheid

De ervaren objectieve werkelijkheid is een symbolische representatie van de werkelijkheid. De gewaarwording van de objectieve werkelijkheid wordt veroorzaakt door tastbare (stoffelijk-energetische) dingen. De waarneming zelf wordt als het ware samengesteld door onze hersenen.

Aristoteles schrijft over de kennis van dingen zoals deze 'werkelijk zijn' (ofwel, over de ervaren, objectieve werkelijkheid). Deze kennis van de dingen zoals ze werkelijk zijn, noemt Aristoteles Sophia. Tegenover Sophia staat Phronesis; dit is de kennis van het "doel" of "functie" (thelos) van de dingen. Eenzelfde type onderscheid - tussen de kennis van dingen hoe ze zijn, en kennis van de functie/ het doel van de dingen - is later gemaakt door Kant; Theoretischer Vernunft tegenover Praktischer Vernunft.

Aristoteles maakt duidelijk dat wij de aard van iets (d.w.z. iets dat een objectieve werkelijkheid is) begrijpen, als we de functie (thelos) ervan begrijpen. Denk bijvoorbeeld aan een stoel. Een mens begrijpt de aard van een stoel als hij beseft dat hij erop kan zitten. Volgens Aristoteles heeft alles een bepaalde "essentiële natuur" en deze essentie maakt iets tot wat het is. De essentie van een ding wordt in zijn visie dus bepaald door de functie, ofwel thelos, ervan.

De objectieve werkelijkheid zullen wij volgens deze theorie als mens nooit kennen, maar slechts ervaren; een standpunt dat onder meer werd gedeeld door Freud. Een psychiatrisch patiënt kan echter moeite hebben met de interpretatie van de ervaren werkelijkheid, immers; dat wat door de patiënt wordt waargenomen/ervaren is niet noodzakelijkerwijs iets wat ook door zijn medemens (op basis van de fysische werkelijkheid) wordt waargenomen/ervaren. De hersenwerking is immers bij een psychiatrische aandoening veranderd/ verstoord.

3. De subjectieve werkelijkheid (waarheid of waanidee?)

Hiermee komen we bij de subjectieve werkelijkheid. Dit is de werkelijkheid, die een product is van onze geest. Hieronder vallen dromen en fantasieën, maar ook waanbeelden, visioenen en hallucinaties. De subjectieve werkelijkheid wordt wel door de persoon zelf ervaren, maar is niet het gevolg van de waarneming van een met anderen gedeelde externe/ fysische werkelijkheid. Van Ree geeft aan dat: "daarbij bedacht moet worden dat de inhoud afkomstig kan zijn van informatie die via de zintuigen werd verkregen, dus van de eerder ervaren objectieve werkelijkheid. Subjectieve werkelijkheid hoeft derhalve geen leugen of onzingeving te zijn" (*van Ree, 2000, p.94*).

Hieruit kunnen we concluderen dat dromen, waanbeelden, visioenen en hallucinaties los kunnen staan van een gedeelde externe/ fysische werkelijkheid, maar dat dit niet persé het geval is.

4. De spirituele werkelijkheid

Een spirituele opvatting van de werkelijkheid gaat bij veel mensen samen met een religieus beleven; met het gevoel persoonlijk verbonden te zijn met een hogere macht dan wel goddelijke instantie. Veel mensen getuigen van een dergelijke ervaring. Desondanks zijn dergelijke ervaringen moeilijk wetenschappelijk/ experimenteel te bewijzen. De spirituele werkelijkheid is een werkelijkheid die een mens ervaart op basis van -het gewaar worden/ dan wel aanvoelen van- de metafysische werkelijkheid (op dezelfde wijze als een mens de objectieve werkelijkheid gewaar wordt bij 2). Van Ree schrijft over het ervaren van deze werkelijkheid (dus over spirituele ervaringen ten gevolge van het waarnemen van een meta fysische werkelijkheid): “het gaat bij zulke gebeurtenissen om historische getuigenissen en niet om wetenschappelijke bewijzen. Zulke ervaringen zijn ook niet experimenteel herhaalbaar. Een metafysisch idee of metafysische ervaring kan nooit absoluut bewezen worden” (van Ree, 2000, p. 94).

Daardoor is het eveneens moeilijk om vast te stellen welke religieuze/ spirituele ervaringen “gezond” zijn dan wel passend bij de pathologie van de psychiatrische patiënt. Bos schrijft over spirituele ervaringen bij psychiatrisch patiënten het volgende: “Waar de gezonde gelovige de eigen geloofservaring laat corrigeren en beïnvloeden door de traditie en religieuze gemeenschap, valt bij de psychoticus vaak de onaantastbaarheid van de eigen overtuiging op, hoe vreemd of bizar de omgeving die ook vindt” (Bos, 2006, p. 311).

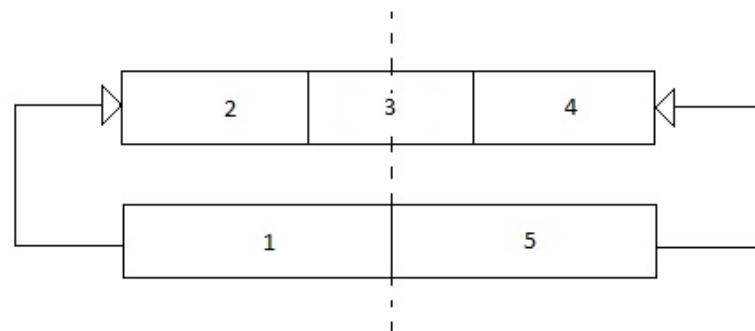
5. De metafysische werkelijkheid

Hierbij moet gedacht worden aan een meer energetisch principe dat achter of boven alles staat, zonder dat het een vorm aanneemt (zoals God). Deze werkelijkheid staat als het ware tegenover de fysische werkelijkheid (ofwel objectieve werkelijkheid) en is in tegenstelling tot de fysische werkelijkheid voor de mens niet direct (door de zintuigen) waarneembaar.

Niveaus van werkelijkheidsbeleving; Een model

Het bovenstaande kan in een model worden weergegeven (zie hieronder). Hierbij

Model 2



vertegenwoordigen de nummers 1 en 5 de objectieve en metafysische werkelijkheid. De nummers 2, 3 en 4 vertegenwoordigen de werkelijkheid op basis van waarneming en interpretatie zoals deze door de mens wordt 'gekend'/ ervaren (dit correspondeert met de nummers uit het schema van Van Ree). De drie niveaus van de werkelijkheid zoals deze wordt ervaren zijn in het echte leven niet zo strikt gescheiden als in het bovenstaande model. Vaak zullen zij overlappen. Ook is het zo dat sociale interacties/ menselijke relaties en cultuur bijdragen aan de manier waarop werkelijkheid wordt ervaren (met name op niveau 3 en 4). Zo zullen in de westerse cultuur waarnemingen als disfunctioneel kunnen worden beschouwd die in andere culturen juist als zeer functioneel worden gezien (denk aan praten met voorouders, sjamanisme ed.).

Het bestaan van een objectieve werkelijkheid, zoals ons eigen leven, aanvaarden we allemaal als vanzelfsprekend. Ook onze gevoelens en gedachten ervaren wij als vanzelfsprekend, hoewel dit subjectieve werkelijkheden zijn. Niemand twijfelt over het bestaan van gevoelens zoals boosheid en verdriet. Dit ligt anders voor andere zaken zoals de ervaring van een Goddelijke aanwezigheid, Goddelijke leiding in je leven, aanwezigheid van engelen en dergelijke. Over de "waarheid" van deze werkelijkheidsbeleving (4 in het bovenstaande model) lopen de meningen uiteen. Veel mensen ervaren dit als realiteit en mensen zullen niet aangezien worden voor psychisch "ziek" als ze een dergelijke werkelijkheid ervaren.

De uiteenzetting over de verschillende niveaus van werkelijkheidsbeleving laat zien dat de symptomen van een psychiatrische aandoening zich veelal manifesteren op -de grens van- de *ervaren objectieve werkelijkheid* en de *subjectieve werkelijkheid*. Er is waarschijnlijk sprake van pathologie indien een subjectieve werkelijkheid wel door de patiënt wordt ervaren, maar niet het gevolg is van de waarneming van een met de medemens gedeelde objectieve, externe werkelijkheid (hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat hier een cultureel element een rol speelt). Ook het optreden van heftige, slecht invoelbare en moeilijk te corrigeren emoties (die over het algemeen niet door de medemens worden ervaren, zie hiervoor de voorbeelden van Bos in par. 3.2) kan duiden op pathologie. Op het niveau van de spirituele ervaring is er waarschijnlijk sprake van pathologie indien de spirituele ervaring leidt tot gevoelens van onaantastbaarheid van de eigen overtuiging ook als de omgeving die ervaring vreemd of bizar vindt.

Niveaus van werkelijkheidsbeleving en het BPSS model

In hoofdstuk 1 introduceerden wij het BPSS zorgmodel. In dit model wordt er van uitgegaan dat naast biologische, psychische en sociale factoren ook geestelijke/ spirituele factoren invloed kunnen uitoefenen op het ontstaan en beloop van ziekteprocessen. Dit model is gebruikt in het onderzoek van Hijweege en Pieper, waarvan dit deelonderzoek een onderdeel vormt.

Hoe verhoudt dit model zich nu tot de niveaus van werkelijkheidsbeleving zoals beschreven in ons model? De biologische factoren uit BPSS hebben te maken met fysieke verschijnselen en de wijze waarop deze door een mens worden ervaren. Dit past bij het niveau van de ervaren objectieve werkelijkheid (nr. 2 uit het model). De psychische factoren uit het BPSS model hebben te maken met intrapsychische processen; dit past bij het niveau van de subjectieve werkelijkheid (nr. 3 uit het model), immers de subjectieve werkelijkheid wordt wel door de persoon zelf ervaren,

maar is niet het gevolg van de waarneming van een met anderen gedeelde externe/ fysische werkelijkheid en ontstaat zodoende ten gevolge van een intrapsychisch proces. De sociale factoren uit het BPSS model vinden we niet expliciet terug in de werkelijkheidsbeleving zoals omschreven in het model. Sociale factoren beïnvloeden zowel het niveau van de subjectieve werkelijkheidsbeleving, als ook het niveau van de spirituele werkelijkheidsbeleving (nr. 3 en 4 uit het model). De spirituele factoren uit het BPSS model hebben te maken met het besef of vermoeden van een mens dat hij/zij deel uitmaakt van een groter, samenhangend, zinvol geheel. Dit past bij het niveau van de spirituele werkelijkheidsbeleving (namelijk het *ervaren* van de metafysische dimensie; nr. 4 in het model).

3.5 Zingeving en het niveau van werkelijkheidsbeleving

Eerder in de scriptie is reeds uiteengezet dat het al dan niet ervaren van zin gebeurt op alle niveaus van de werkelijkheidsbeleving omdat er altijd sprake van een -impliciet of expliciet-zin geven (zie model 2). In termen van het model Van der Lans (die schrijft over heroriëntatie en herevaluatie); “Zingeving verwijst naar het complex van cognitieve en evaluatieve processen die bij het individu plaatsvinden bij diens interactie met de omgeving en die resulteren in motivationele betrokkenheid en psychisch welbevinden (Van der Lans, 2006, 84).”

In model 2 zien we dat de werkelijkheidsbeleving is gebaseerd op waarneming van de fysische én de metafysische werkelijkheid. Een grensgebied -in ervaringen en de deelbaarheid daarvan met anderen- zien we halverwege niveau drie. Psychiatrische symptomen zullen door psychiaters met name op dit niveau worden geconstateerd. Immers, de intrapsychische processen behoren bij uitstek tot het werkgebied van de psychiater. Hij beheerst de taal om deze processen te herkennen en beschrijven. Hoe maakt de psychiater onderscheid tussen pathologie en zingevingvragen op dit niveau van werkelijkheidsbeleving? En herkent hij zingevingvragen op de beide andere niveaus (2 en 4) ook? Om een antwoord hierop te vinden is het van belang te onderkennen dat er niet alleen sprake is van gelaagdheid van de werkelijkheidsbeleving maar ook van de zingevingvragen.

Bos geeft aan dat de term zingeving in de psychiatrie zou winnen aan helderheid en bruikbaarheid als er wordt onderkend dat het een gelaagd begrip is (Bos, 2006, p. 308). Hij onderscheidt in tegenstelling tot de aan Alma en van der Lans ontleende definitie in het onderzoek van Hijweege en Pieper, geen twee maar drie zingevingsniveaus (die deels overlappen): instrumentele, intrinsieke en ultieme zingeving. Deze niveaus sluiten ons inziens aan bij de drie niveaus van werkelijkheidsbeleving uit model 2 (nr. 2, 3 en 4).

Bos schrijft over het eerste niveau van zingeving het volgende; “Instrumentele zingeving als eerste niveau heeft te maken met de ontplooiing van doelgerichte activiteiten die tastbare resultaten opleveren. Men kan er voldoening en een gevoel van eigenwaarde aan ontnemen” (Bos, 2006, p. 309). Het niveau van werkelijkheidsbeleving waarop deze zingeving zich afspeelt is dat van de (ervaren) objectieve werkelijkheidsbeleving, dat wil zeggen; concreet en te delen met anderen.

Intrinsieke zingeving als tweede niveau is volgens Bos, in tegenstelling tot het vorige, niet resultaatgericht. Het heeft te maken met zaken die alleen voor de persoon zelf in zichzelf waarde hebben (zoals relaties, zorg, creativiteit etc.). Het ervaren van zin op intrinsiek niveau kan helpen om het eigen bestaan (weer) als betekenisvol te zien. Het niveau van werkelijkheidsbeleving waarop deze zingeving zich afspeelt is dat van de subjectieve werkelijkheidsbeleving.

Op het niveau van ultieme zingeving spelen volgens Bos “ultieme waarden, levensoriëntatie en spiritualiteit een rol” (Bos, 2006, p. 309). Deze visie deelt hij met van der Lans (zie model). Uit het model van Van der Lans wordt duidelijk dat bij het proces van heroriëntatie en herevaluatie fundamentele bronnen worden geactiveerd. Deze ultieme zingeving houdt vaak verband met de levensvisie/ levensbeschouwing (overigens ook met andere waarden). Het niveau van werkelijkheidsbeleving waarop deze zingeving zich afspeelt is het niveau van de spirituele werkelijkheidsbeleving. Bos geeft over de ultieme zingeving aan dat, hoewel veel mensen zich niet meer rekenen tot een georganiseerd levensbeschouwelijk verband, niemand ontkomt aan een impliciete levensvisie, hoewel deze als erg fragmentarisch kan worden ervaren. Juist psychiatrische ziekte of crises kunnen echter zo’n (al dan niet impliciete) levensvisie doen wankelen.

Opgemerkt moet worden dat alle niveaus van zingeving beïnvloed zullen worden door psychiatrische crises (en levensloop gebonden crises). Bijvoorbeeld door uitval op de arbeidsmarkt, effecten op relaties en door institutionalisering.

Hoe verhouden de niveaus van zingeving zoals hiervoor beschreven zich met het zingevingmodel van Van der Lans? Het niveau van vanzelfsprekende zingeving uit het model van Van der Lans is ons inziens vergelijkbaar met de niveaus van Instrumentele zingeving en Intrinsieke zingeving samen (zoals beschreven door Bos). Het niveau van existentiële zingeving in het model van Van der Lans is vergelijkbaar met het niveau van Ultieme zingeving.

3.6 Herkenning van problematiek door psychiater

Niet herkennen

Een probleem met herkenning van zingevingvragen van patiënten door de psychiater, kan de verschillende taal zijn die beiden spreken. Het is mogelijk dat beiden dezelfde woorden gebruiken, terwijl zij het over iets totaal anders hebben (of juist andersom: andere bewoordingen, formuleringen gebruiken voor eenzelfde ervaring/gebeurtenis). Een voorbeeld van dergelijke miscommunicatie tussen psychiater en patiënt wordt gegeven door Zock (2001, 12-13); *“Als een pastor kwam ik eens op bezoek bij een gemeentelid, een veertigjarige vrouw, die korte tijd in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen was geweest vanwege een psychose. Het was duidelijk een reactieve psychose, ontstaan door overbelasting op haar werk, en ze knapte snel weer op. Tijdens de psychose had ze intense religieuze voorstellingen gehad van een nieuwe aarde en een nieuwe hemel, en ze had luidkeels en enthousiast religieuze liedjes gezongen die ze als kind geleerd had. Dit alles tot haar stomme verbazing.”* De vrouw zocht achteraf naar de betekenis van de ervaringen die zij “haar visioenen” noemde. *“Toen de vrouw voor controle bij haar psychiater kwam en haar*

visioenen ter sprake bracht zij hij; O, u bedoelt hallucinaties. Niet op een denigrerende toon, maar zakelijk beschrijvend.”

Zock constateert dat psychiater en patiënt hier stuiten op een verschil tussen de twee talen die beiden spreken. De psychiater gebruikt medische, natuurwetenschappelijke taal voor een proces dat zich in de hersenen afspeelt (Zock, 2001, 13). Deze natuurwetenschappelijke taal (en benadering) is immers van oudsher de primaire taal van de psychiater. De taal van de medicus houdt zich bezig met fysiologische (stoffelijke-lichamelijke) processen zoals deze zich in de hersenen afspelen. Men kijkt naar de mens als naar een organisme dat in hoge mate door fysiologische wetten wordt bepaald. In deze casus wordt door de patiënte echter heel andere taal gehanteerd om haar ervaringen te beschrijven; namelijk religieuze taal (Zock, 2001, 13). Zegt de psychiater hier iets over de objectieve werkelijkheid (er gebeurt dit en dat in uw hersenen) dan zegt de patiënte hier iets over zingeving op het niveau van de spirituele werkelijkheidsbeleving. Gekleurd door ervaringen uit haar jeugd tracht zij de fysieke processen te “verstaan” en er zin/betekenis aan te geven.

In de psychiatrie zegt men dat als mensen hallucineren of waandenkbeelden hebben, zij hun realiteitsbegrip (realiteitstoetsing) kwijt zijn, hetgeen er dan toe leidt dat je niet meer in staat bent tot het ervaren van een objectieve werkelijkheid. De vrouw is in de ogen van haar psychiater haar realiteitsbegrip kwijt, terwijl zij het heeft over hoe zij haar ervaringen interpreteert en een plek geeft in haar leven. Om te spreken in termen van het model van Van der Lans is patiënte bezig op het niveau van existentiële zingeving met oriëntatie (het begrijpen en verklaren van een gebeurtenis) en evaluatie (inschatting van de waarde van een gebeurtenis en haar eigen vermogen ermee om te gaan). En juist dit inschatten en betekenis geven (zingeving) is van groot belang om het psychisch (dis)functioneren van deze patiënte te begrijpen.

Als de psychiater van bovengenoemde cliënte op de hoogte was geweest van het levensbeschouwelijke kader waarin mevrouw was opgegroeid, had hij dan het taalgebruik herkend? Had hij dan het proces van oriëntatie en evaluatie herkend? En zou er dan een ander gesprek op gang gekomen zijn? In ieder geval is het zo dat de psychiater in de casus niet ziet dat mevrouw een heel andere taal spreekt dan hijzelf. De taal heeft te maken met betekenisgeving (“zingeving”). Deze zin en betekenisgeving lijkt in eerste instantie een cognitief proces, maar dit proces heeft wel grote consequenties voor de beleving. Of zoals Zock zegt; “het heeft grote consequenties voor het affectieve domein: het kan leiden tot beleving van zin of gebrek daaraan. En dat laatste is een belangrijk kenmerk van psychische problemen” (Zock, 2001, 16)

Wel herkennen

De reden dat in genoemde casus de communicatie fout gaat, is omdat de psychiater de zingeving (of zingevingsproblematiek) van de patiënte niet als zodanig herkent. Een dergelijke miscommunicatie komt zoals gezegd voort uit denken vanuit het medische kader. De vraag naar zin door de patiënt, wordt in dit kader verstaan als een functioneel onderdeel van de pathologie/psychiatrische aandoening (een probleem op fysiologisch niveau). Zin zoeken als functioneel onderdeel van de aandoening (“gezonde mensen zoeken immers geen zin, die hebben zin!” (van

Loenen, 2005, p.23) sluit uit dat zingevingaspecten los te zien zouden kunnen zijn van psychiatrische ziekteverschijnselen. Ook door andere psychiaters wordt, zoals we in de inleiding reeds hebben aangegeven, benadrukt dat zingevingaspecten niet los te zien zijn van ervaringen ten gevolge van psychiatrische ziektebeelden. Glas (1999, nr.2) betoogt “er wordt vaak gezegd dat de harde psychiatrie moet worden gescheiden van de zachte rand van zingeving- en existentiële problemen.” Maar hij voegt er aan toe: “Ik betwist een dergelijke scheiding. Op papier kan dit misschien wel maar in het concrete geval niet. Bij ernstige psychiatrische stoornissen, zoals schizofrenie en de bipolaire stoornis, kom je bijvoorbeeld veel existentiële problemen tegen.”

Wij scharen ons achter de mening dat mensen zin kunnen ervaren op alle niveaus van het bestaan. Het niet ervaren van ‘zin’ kan dan ook ingrijpen op alle niveaus van het dagelijks leven (zoals relaties/ sociale interacties/ werk en ook het gebied van de levensbeschouwing).

Het wel herkennen van de zingevingvragen op existentieel niveau (en -het al dan niet vastlopen van- het proces van herbronnen en heroriënteren met behulp van fundamentele bronnen; zie model van Van der Lans) hangt ons inziens onder meer samen met het “verstaan” van de taal van de patiënt. In deze scriptie veronderstellen wij dat een dergelijk ‘verstaan’ wordt bevorderd door een persoonlijk religieus referentiekader van de psychiater. Dit wordt met behulp van de gegevens uit de vragenlijsten verder onderzocht.

3.7 Conclusie

De mens is een zingevend en zin zoekend wezen. Van der Lans geeft aan dat zingeving een - universeel- basale activiteit van de mens is, in functie van het biologische voortbestaan. Bij psychiatrische aandoeningen is er vaak sprake van zingevingvragen/ zingevingproblematiek. Deze zingevingvragen worden door sommige psychiaters opgevat als onderdeel van de pathologie (dus een gevolg van het fysiologische proces). Andere psychiaters vatten zingevingvragen op als losstaand van de pathologie, maar voortkomend uit de verstoring van alle gebieden van het leven ten gevolge van de aandoening.

Het verband tussen zingevingvragen, psychiatrisch ziektebeeld en levensvisie/ levensbeschouwelijke overtuiging kan vier vormen aannemen: De zingevingvragen zijn onderdeel van de pathologie, het geloof/ de levensvisie veroorzaakt of verergert de ziekte, de patiënt verliest zijn geloof/ levensvisie ten gevolge van de psychiatrische problematiek of het geloof/ de levensvisie biedt houvast en heeft een positieve werking op het ziektebeeld.

Zingevingvragen zien we terug op alle niveaus van de werkelijkheid; op het niveau van de feitelijke en objectieve werkelijkheid, op intrapsychisch niveau (onder meer op -toekomst-dromen, fantasieën en dergelijke) en op existentieel niveau (rakend aan de fundamentele waarden die mensen ervaren in het bestaan). Zingevingvragen (zeker die op existentieel niveau) worden door psychiaters niet altijd als zodanig herkend. Het wel herkennen van de zingevingvragen op existentieel niveau hangt ons inziens samen met het “verstaan” van de taal van de patiënt. In deze scriptie veronderstellen wij dat een dergelijk ‘verstaan’ wordt bevorderd door een persoonlijk

religieus referentiekader van de psychiater. Dit wordt met behulp van de gegevens uit de vragenlijsten verder onderzocht.

Hoofdstuk 4 Wijzen van aanpak van zingevingvragen door de psychiater

4.1 Begeleiding van patiënt met zingevingvragen

Zoals besproken in hoofdstuk 2 gaat Van der Lans ervan uit dat bij een individu, indien het erin slaagt de zingevingstaken (her-)oriëntatie en (her-)evaluatie succesvol te volbrengen, de zinbeleving na een zingevingscrisis kan terugkeren. Lukt dit proces van (her-) oriëntatie en (her-)evaluatie echter niet, dan kan dit leiden tot een zingevingscrisis, die zich zowel in somatische als psychische symptomen kan uiten.

Hiermee wordt een aanknopingspunt voor de psychotherapeutische praktijk gelegd; de psychische en lichamelijke symptomen ‘maskeren’ in zo’n geval immers de onderliggende problematiek (onvermogen om door heroriëntatie en herevaluatie te komen tot zinbeleving). Bij aanpak van deze somatische en psychische symptomen, zal zingevingproblematiek bijna automatisch impliciet of expliciet naar voren komen. Dit pleit voor het bewust aanpakken van zingevingproblemen door de psychiater en sluit aan bij onder meer de mening van Mooren (1998, p. 36-39), die (hoewel hij voorstander is van het scheiden van het primaire en secundaire referentiekader door de therapeut) zingeving -eveneens- ziet als een psychisch vermogen en ervoor pleit dat in de therapie aandacht moet zijn voor het gezond functioneren en zo nodig herstellen van dit vermogen, opdat het aangewend kan worden in het psychische proces⁵.

Het door Mooren omschreven psychische vermogen om zin te geven, kan worden gezien als vorm van coping-gedrag. Het herstellen van (gezonde) coping kan een wezenlijk onderdeel zijn van een therapeutische behandeling. Verschillende redenen dus om in het therapeutische contact tussen psychiater en patiënt oog te hebben voor zingeving. Een van de centrale vragen waarbij wij in dit onderzoek van uit gaan (zie 1.1) is dan ook;

Hoe gaat de psychiater om met zingevingvragen van een patiënt?

Hierbij wordt er van uit gegaan dat er mogelijk sprake is van een verschil in aanpak door psychiaters, in de benadering van zingevingvragen van patiënten, indien religie -in dit geval een christelijke levensbeschouwing- deel uitmaakt van hun eigen persoonlijke referentiekader. Hierbij speelt kennis van het taalveld (zoals reeds besproken in het vorige hoofdstuk) mogelijk een belangrijke (en faciliterende) rol.

In dit hoofdstuk willen wij trachten een onderscheid te maken in de wijze waarop psychiaters in zijn algemeenheid om (kunnen) gaan met zingevingvragen van patiënten. Daarna willen wij uitwerken hoe psychiaters met een Christelijke levensovertuiging in het bijzonder om (kunnen) gaan met dergelijke zingevingvragen. Hierbij worden zowel mogelijke voordelen als nadelen van een dergelijk persoonlijk referentiekader besproken.

⁵ Hofman - De Groot, 2008, p.28.

4.2 Symptoomgerichte en persoonsgerichte psychotherapie

Over zingeving als onderwerp in het contact tussen de psychiater en de patiënt lopen zoals gezegd de meningen uiteen. Voor een deel lijkt dit samen te hangen met het feit dat psychotherapie sinds jaar en dag grofweg in twee typen is in te delen; *Symptoomgerichte psychotherapie* en *persoonsgerichte psychotherapie*. Bij symptoomgerichte psychotherapie gaat het primair om een behandeling die gebaseerd is op nauwkeurige tevoren uitgevoerde diagnostiek (volgens DSM IV). Persoonsgebonden factoren van zowel de patiënt als de therapeut doen hier niet ter zake. De behandeling bestaat uit een reeks van strikt omschreven interventies (Hutschemaekers en Festen, 2004, 24). Als de symptomen zijn opgeheven is de behandeling succesvol en kan worden beëindigd. Deze behandelmethode is een wat mechanistische methode (die aansluit bij het medische, natuurwetenschappelijke denken), waarin zingeving geen plaats heeft.

Persoonsgerichte psychotherapie is gericht op de hele persoon en niet slechts op symptomen. De ontdekking en ontwikkeling van de persoon vormen de centrale doelstellingen (Hutschemaekers en Festen, 2004, 25). De belangrijkste werkzame factor is de persoon van de therapeut, met diens eigen referentiekader(s). Deze vorm van therapie kan bij uitstek wel plek bieden aan vragen over zingeving. Hierbij kan levensbeschouwelijke betrokkenheid in het secundaire referentiekader van de therapeut (zoals bij de psychiaters van de CVPPP) bepalend zijn voor het wel of niet aan de orde komen van zingevingvragen door de patiënt. Deze vorm van psychotherapie verdwijnt echter (voornamelijk om een aantal economische redenen) steeds meer naar de achtergrond. Daarmee lijkt de persoon van de therapeut (en diens eigen referentiekaders, waaronder zijn levensbeschouwelijke betrokkenheid) minder van gewicht te zijn in de huidige behandelsetting.

Hutschemaekers en Festen beschrijven naast deze twee traditionele varianten van psychotherapie, de opkomst van de kortdurende oplossingsgerichte psychotherapie. Hierbij staat niet het symptoom of de persoon centraal, maar het probleem waarmee de patiënt zich aanmeldt (Hutschemaekers en Festen, 2004, 26). Bij deze vorm van psychotherapie kan zingeving wel degelijk onderwerp van gesprek zijn. Deze therapie vorm wordt echter binnen de GGZ veelal niet beoefend door de psychiater, maar door SPV'ers en psychologen.

4.3 Coping

Psychiaters waarbij religie en of levensbeschouwing onderdeel uitmaakt van hun persoonlijk referentiekader kunnen, zoals in het voorgaande is geschetst, een grotere gevoeligheid hebben voor zingevingvragen en existentiële vragen bij patiënten (een stelling die wij in de volgende hoofdstukken empirisch willen onderzoeken). In ieder geval beschikken zij over de "taal" om dergelijke vragen te herkennen en onderkennen. Ook niet levensbeschouwelijk georiënteerde psychiaters kunnen echter zingevingvragen constateren en het belang van levensbeschouwing/ religie bij de behandeling van genoemde probleemgebieden onderkennen. Het is immers bekend

dat fundamentele bronnen zoals religie en levensbeschouwing patiënten bij zingeving (en zinvinding!) van nut kunnen zijn.

Onderzoek van Van Uden en Pieper bij het Vincent van Gogh Instituut en verschillende RIAGG 's heeft laten zien dat geloof en levensbeschouwing/ levensvisie van invloed zijn op hoe mensen omgaan met hun psychische problematiek (meestal is er een licht positief effect). Daarnaast tonen hun onderzoeken aan dat veel therapeuten zeggen dat zij religie en levensbeschouwing belangrijk vinden voor de *behandeling*. Overigens geven cliënten doorgaans aan dat in de therapie meer aandacht besteed zou mogen worden aan religie en levensbeschouwing (H. Zock, 2001, p.12).

Dit onderzoek van Pieper en van Uden toont dat religie en levensbeschouwing door de patiënt kan worden aangewend als copingmechanisme. Copingmechanismen kunnen de patiënt helpen om een crisis te boven te komen. Een (voor de patiënt niet destructief) copingmechanisme zal in een behandeling door psychiaters doorgaans worden gestimuleerd. Yalom (die zichzelf beschouwt als atheïst) zegt hierover: *Ik zal juist (in de behandeling red.) proberen manieren te bedenken om dat geloof te ondersteunen*" (Yalom, 2008, 144).

Pargament benadrukt dat coping niet slechts een middel is om stressvolle gebeurtenissen te hanteren, maar ook een -bewust- toewenden is tot zingeving: *"The notion that coping is directed rather than simply driven underscores the proactive as well as reactive character of coping. People cope not only with stressful events, but to significance"* (Pargament, 1997, 126). Dit onderstreept het nut van het stimuleren van coping voor het omgaan met crises door de patiënt.

4.4 Tegenoverdracht (een nadeel)

In de inleiding werd de vraag gesteld of de levensbeschouwelijke achtergrond van de patiënt van invloed zou zijn op de begeleiding door de psychiater. Het lijkt voor de hand te liggen dat er zich valkuilen kunnen voordoen in het contact tussen hulpverlener en patiënt als er gesproken wordt over levensbeschouwelijke thema's. Bos geeft aan dat de eigen geschiedenis met levensovertuiging en spiritualiteit van de psychiater een scala aan gevoelens kan teweeg brengen (bij diezelfde behandelaar) 'variërend van herkenning, affiniteit of bewondering tot verlegenheid, machteloosheid, irritatie, afkeuring of zelfs walging'⁶. In dergelijke gevallen is er sprake van tegenoverdrachtsgevoelens. Het is de vraag of en wanneer deze door de hulpverlener effect hebben op de behandeling van de patiënt.

Bos (2008) benoemt drie vormen van tegenoverdracht die in dit kader meestal weinig constructief werken: belijden (dat wil zeggen het duidelijk maken van het eigen levensbeschouwelijke standpunt van de hulpverlener), bestrijden (duidelijk laten blijken dat men de levensovertuiging van de ander afkeurt) of vermijden (het gesprek hierover uit de weg gaan en hiermee de patiënt achter laten met het idee dat dit wezenlijke levensterrein er klaarblijkelijk niet toe doet voor de behandelaar).

Verbonden met het thema tegenoverdracht is ook het mensbeeld van waaruit een psychiater/ hulpverlener opereert. Immers, dit mensbeeld kan de behandeling zowel faciliteren als

⁶ Bos, 2006, p. 313

ook hinderen. Was het gehanteerde mensbeeld aanvankelijk vooral het biologische (en genetische) mensbeeld, dan is dat -zoals reeds eerder besproken- in de laatste jaren vooral ontwikkeld tot een meer holistisch mensbeeld. In de literatuur wordt vaak gesproken over overlappende dimensies: de lichamelijke dimensie, de psychische en de sociale [of relationele] dimensie. Uit dit mensbeeld komt de biopsychosociale behandelvisie voort. Bos spreekt -net als vele andere auteurs- over de eerder in dit onderzoek beschreven variant hierop; het model met een vierde dimensie ' die van het levensbeschouwelijke, existentiële en spirituele, waardoor er expliciet aandacht is voor zingeving, de ziel of het geestelijke' ⁷ (het BPSS model). Dit mensbeeld komt waarschijnlijk dichter bij het mensbeeld dat wordt gehanteerd door psychiaters met een persoonlijk referentiekader waarin de levensbeschouwing een belangrijke rol speelt (zoals verwacht bij de psychiaters van de CVPPP).

4.5 Motivatie (een voordeel)

De motivatie om te willen werken in de psychiatrische hulpverlening, kunnen psychiaters - mede - aan hun eigen levensbeschouwing of spiritualiteit ontleen. De reden hiervoor kan tweeledig zijn. Enerzijds kan de levensbeschouwing samenhangen met het door Bos beschreven fenomeen voor geestelijk verzorgers in de psychiatrie: *“velen beleven hun werk als zingevingvol op meer dan alleen een ‘instrumenteel’ niveau”*. Ook geeft zij aan dat *“een moment van transcendentie wordt ervaren, wanneer het functionele hulpverleningscontact wordt overstegen door de ervaring van een werkelijke ontmoeting met de ander en een onvoorwaardelijk, gedeeld mens-zijn”*⁸. Het is aannemelijk dat een dergelijke ervaring én motivatie ook geldt voor andere werkers in de (geestelijke) gezondheidszorg, zoals psychiaters.

De motivatie voor het werken in de gezondheidszorg kan anderzijds ook op een meer praktisch punt samenhangen met de levensbeschouwing van de psychiater. Zo is het voorstelbaar dat een Christelijke levensvisie, die oproept tot een leven van barmhartigheid en naastenliefde, de keuze voor het vak van psychiater kan “veroorzaken”. Dit laatste zou een rol kunnen spelen bij de psychiaters in dit onderzoek die lid zijn van de CVPPP.

4.6 Taalveld (een voordeel)

De psychiater is zoals gezegd een medicus, die gewend is om natuurwetenschappelijke taal te hanteren. De -taal van- de medicus houdt zich bezig met fysiologische (stoffelijke-lichamelijke) processen zoals deze zich in de hersenen afspelen. De natuurwetenschappelijke taal is niet de taal die een patiënt hanteert om klachten (én zingevingvragen) te beschrijven. Dit kan leiden tot spraakverwarring. In de casus van de patiënte met de visioenen, uit het voorgaande hoofdstuk, hanteert de patiënte en heel andere taal om haar ervaringen te beschrijven dan haar psychiater; namelijk religieuze taal. Indien een psychiater, vanwege zijn eigen levensbeschouwelijke

⁷ Bos, 2006, p. 313

⁸ Bos, 2006, p. 313-314

referentiekader, bekend is met religieuze taal zal hij in zijn behandeling beter in staat zijn de uitingen van de patiënt(e) te duiden. Dit kan niet alleen behulpzaam zijn bij het herkennen van zingevingsproblemen of existentiële problemen, maar ook in de therapie.

Zock (2001, 12-13) wijst ten aanzien van de gebruikte taal op een fenomeen dat tot nu toe hier niet is besproken namelijk, dat ook het medisch-natuurwetenschappelijke model met de daarbij behorende taal een manier van betekenisgeven is.

4.7 Conclusie

Bij een individu kan, indien het erin slaagt de zingevingstaken (her-)oriëntatie en (her-)evaluatie succesvol te volbrengen, de zinbeleving na een zingevingscrisis terugkeren. Lukt dit proces van (her-) oriëntatie en (her-)evaluatie echter niet, dan kan dit leiden tot een zingevingscrisis, die zich zowel in somatische als psychische symptomen kan uiten.

Deze conclusie maakt een aanknopingspunt voor de psychotherapeutische praktijk zichtbaar, immers; de psychische en lichamelijke symptomen ‘maskeren’ in zo’n geval de onderliggende problematiek (onvermogen om door heroriëntatie en herevaluatie te komen tot zinbeleving). Bij aanpak van de symptomen zal zingevingsproblematiek vanzelf bloot komen te liggen.

Of de psychiater in zijn behandeling in gaat op de zingevingvragen van zijn patiënt hangt onder meer af van de vorm van behandeling. Persoonsgerichte therapie kan in tegenstelling tot symptoom gerichte therapie bij uitstek plek bieden aan vragen over zingeving.

Onderzoek toont dat religie en levensbeschouwing door de patiënt kan worden aangewend als copingmechanisme bij zingevingvragen op -existentieel/ spiritueel- niveau. Een (voor de patiënt niet destructief) copingmechanisme zal in een behandeling door psychiaters doorgaans worden gestimuleerd.

Een persoonlijk religieus referentiekader kan psychiaters zowel voordelen als nadelen bieden in het behandelen van zingevingvragen (met name op existentieel niveau) van de patiënt. Herkennen van de “taal” is een voordeel, evenals de motivatie om in te gaan op dergelijke vragen. Gevoelens/ reacties op grond van tegenoverdracht kunnen in het nadeel werken.

5.1 Verloop en resultaten van het vooronderzoek

Dit onderzoek is, zoals reeds eerder is aangegeven, gebaseerd op gegevens uit de enquête 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt' (zie bijlage 1). Deze enquête behoort bij een gelijknamig onderzoek, dat sinds 2009 wordt verricht door dr. N.M. Hijweege-Smeets, dr. J.Z.T. Pieper en dr. W. Smeets.

Voorafgaand aan dit onderzoek is door Hijweege en Pieper een exploratief onderzoek uitgevoerd in het UMCU (Universitair medisch centrum Utrecht). Voor dit onderzoek werden artsen werkzaam op de afdelingen medische oncologie, oncologische chirurgie, reumatologie en diabetes in de periode 2006/ 2007 door geestelijk verzorgers van het UMCU of een onderzoeker geïnterviewd.

Doel was om zicht te krijgen op de specifieke aard van zingeving bij ziekte en hospitalisatie en het omgaan van artsen daarmee. De spreiding van artsen over vier afdelingen maakte het mogelijk enig zicht te krijgen op de wijze waarop de aard van de ziekte van invloed is op de aspecten van zingeving als gevolg van ziekte, die artsen (i.c. medisch specialisten) in het contact met hun patiënten ervaren.

Voorafgaand aan de afname van de interviews (van het exploratieve onderzoek) werd een interviewschema opgesteld, waarin een aantal thema's aan de orde kwam:

- achtergrond gegevens en werksituatie arts;
- zingevingsbronnen van de arts;
- waarnemen van veranderingen op psychisch, sociaal en existentieel gebied ten tijde van ziekte;
- waaraan worden zingevingvragen herkend;
- welke verwachtingen koestert de patiënt ten aanzien van de arts?;
- omgaan met zingevingvragen door de arts;
- vaardigheden en competenties in het omgaan met zingevingvragen;
- verwijzing en bijscholing.

Op basis van de informatie die in het gesprek werd verzameld rond de werksituatie en de persoon van de arts werd de vraagstelling als volgt uitgewerkt; hoe artsen zingeving waarnemen, hoe zij met deze aspecten omgaan, welke contacten artsen op dit punt hebben met andere beroepsgroepen en de behoefte die er bij artsen bestaat aan bijscholing.

In totaal werden vijftien interviews afgenomen; bij vier artsen van de afdeling medische oncologie, vier artsen van de afdeling oncologische chirurgie, vier reumatologen en drie diabetologen. In het ruwe materiaal is een ordening/ clustering gemaakt, aan de hand van acht interpretatievragen. Uit onderzoeksresultaten blijkt dat artsen zingevingvragen waarnemen.

Zingevingvragen die worden beschreven zijn onder meer: “Waarom ik?”, “Hoe komt het?”, “Hoe lang nog?”, “Hoe zinvol is verder behandelen nog?”.

De meeste ondervraagde artsen blijken te werken vanuit het biopsychosociaal model. Afstemming op (verwachtingen van) de patiënt wordt door artsen als belangrijk element in de samenwerking arts en patiënt ervaren. Concluderend stellen de onderzoekers na analyse van het materiaal dat “artsen oog hebben voor levensvragen en zingeving, maar deze doorgaans niet verbinden met centrale levenswaarden, geloofsovertuigingen en spiritualiteit” (Hijweege en Pieper, 2006, p. 13).

Hijweege en Pieper geven aan dat er voor een goed verstaan van de resultaten, het van belang is om in het oog te houden dat het onderzoek plaats heeft gevonden in een academisch ziekenhuis waar in vergelijking met de perifere ziekenhuizen meer tijd is voor patiëntencontact. Dit geldt ook voor het huidige nog lopende onderzoek. Een tweede punt van aandacht dat wordt benoemd is het feit dat het onderzoek geheel is gebaseerd op zelfrapportage van artsen en derhalve geheel gezien moet worden vanuit het perspectief van de medisch specialist.

5.2 Het huidige kwantitatieve onderzoek

Na afronding van het vooronderzoek op één locatie (UMCU) is besloten het onderzoek voort te zetten door middel van een kwantitatief vragenlijstonderzoek en wel op 5 locaties: de academische ziekenhuizen van Amsterdam (AMC), VUmc, Utrecht, Nijmegen en Maastricht. Bij de uitwerking van de gegevens wordt uitgegaan van de respons van 4 ziekenhuizen; AMC, Utrecht, Nijmegen en Maastricht. Dit vragenlijstonderzoek kan nagaan in welke mate de gevonden antwoorden in het vooronderzoek zich voordoen in Nederland in het algemeen. De vragen zijn gebaseerd op de resultaten van het vooronderzoek, op nieuw verschenen literatuur en op de ervaringen van de geestelijk verzorgers werkzaam op genoemde locaties.

De vragenlijst bestaat uit 6 blokken:

1. Kenmerken van de persoon van de arts
2. Kenmerken van de werkzaamheden
3. Waarnemen van zingevingvragen
4. Omgaan met zingevingvragen
5. Contact met andere beroepsgroepen
6. Behoeftte aan bijscholing

Het op deze wijze verzamelde onderzoeksmateriaal wordt ingewonnen om de volgende vraagstelling te beantwoorden:

In hoeverre wordt het waarnemen van en omgaan met zingevingvragen van de patiënt door de medisch specialist bepaald door de gebeurtenis (aard van de ziekte), de persoon (motivatie en zingevingbronnen van de specialist) en de context (het universitair medisch centrum)?

Daarbij worden de volgende subvragen gesteld;

1. Welke patiëntenpopulatie heeft de specialist onder zijn/haar hoede en wat zijn de centrale werkzaamheden?;
2. Over welke motivatie en zingevingsbronnen beschikt de specialist?;
3. Welke verwachtingen hebben de patiënten ten aanzien van het handelen van de specialist? 4. Wat neemt deze waar aan psychische, sociale, zingeving- en levensbeschouwelijke aspecten aan de ziekte en zieke?;
5. Hoe verloopt het contact tussen specialist en patiënt: doelen, houdingen, vaardigheden en inhoud?;
6. Welke plaats neemt aandacht voor zingeving daarbinnen in: belang en ruimte?;
7. Welke behoefte aan bijscholing is er?;
8. Welke contacten met andere beroepsgroepen zijn er en naar wie wordt doorverwezen?

Beantwoording van deze vragen moet bijdragen aan het realiseren van de volgende doelstelling.

Doelstelling:

Het verbeteren van de kwaliteit van leven van patiënten door middel van het formuleren van aanbevelingen voor het handelen van medisch specialisten met betrekking tot zingevingsaspecten van ziekte en hospitalisatie⁹. Daarbij wordt beoogd de contacten tussen het medisch personeel en de dienst geestelijke verzorging te bevorderen.

5.3 Uitbreiding van gebruik kwantitatieve vragenlijst naar CVPPP

Een beperkte groep artsen uit de genoemde academische ziekenhuizen die de kwantitatieve vragenlijst heeft ingevuld bestaat uit psychiaters. Ten behoeve van nader onderzoek in het kader van deze scriptie is de genoemde kwantitatieve vragenlijst 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt' begin 2011 tevens uitgezet onder enkele psychiaters, verbonden aan de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP). De CVPPP is de Nederlandse vakvereniging waarbij de relatie tussen christelijk geloof en de vakgebieden psychiatrie, psychologie en psychotherapie centraal staat (<http://cvppp.nl>, 6 januari 2011).

De vraag of psychiaters uit de CVPPP mee zouden willen werken aan dit onderzoek is aanvankelijk voorgelegd aan het bestuur van de CVPPP. Het bestuur heeft besloten dat een algemeen onderzoek waarbij alle psychiaters die lid zijn van de vereniging zouden worden aangeschreven, niet werd toegestaan. Omdat het bestuur echter welwillend stond tegenover het onderzoek hebben zij zelf de vraag gesteld aan de psychiaters of zij zouden willen meewerken aan het onderzoek. Zeven psychiaters hebben aangegeven hier aan te willen meewerken. Deze zeven psychiaters hebben de vragenlijst toegestuurd gekregen. Van de zeven benaderde respondenten hebben vijf respondenten de vragenlijsten geretourneerd.

⁹ Hier op te vatten als ziekenhuisopname (*red.*)

5.4 Procedure en doel van het huidige vergelijkende onderzoek

Door 14 psychiaters werkzaam in de academische ziekenhuizen van Amsterdam (AMC), VUmc, Utrecht, Nijmegen en Maastricht is de vragenlijst ingevuld. Daarnaast hebben vijf psychiaters die aangesloten zijn bij de CVPPP de vragenlijst ingevuld. In het huidige onderzoek worden gegevens van deze twee groepen met elkaar vergeleken.

Het gelijktijdig uitzetten van dezelfde vragenlijst onder twee groepen psychiaters -één groep verbonden aan een UMC Nederland, de andere aan de CVPPP- had als doel ons in staat te stellen om ten behoeve van dit onderzoek na te gaan, of psychiaters met een concrete levensbeschouwelijke (in casu een christelijke) achtergrond, die zich op basis van hun levensbeschouwelijke achtergrond in een vereniging aaneen hebben gesloten, de enquêtevragen mogelijk anders beantwoorden dan psychiaters zonder een dergelijke achtergrond. Dit met als oogmerk om onze vooronderstelling te onderzoeken, dat er daadwerkelijk verschil bestaat tussen psychiaters van UMC's enerzijds, en psychiaters met een christelijke achtergrond (die zich aaneen hebben gesloten op basis van hun levensbeschouwelijke achtergrond) anderzijds, in het herkennen van zingevingvragen van de patiënt en ook in de wijze waarop zij met die zingevingvragen van de patiënt omgaan.

Anders gesteld: is een onderscheid waar te nemen tussen de benaderingen van zingevingvragen van patiënten door psychiaters, waarbij religie -in dit geval een expliciete christelijke levensbeschouwing- wel of juist geen deel uitmaakt van het persoonlijke referentiekader?

Bemoeilijkende factoren

Het huidige onderzoek is ernstig bemoeilijkt door een aantal factoren; ten eerste zijn er zeer weinig respondenten (slechts 19 in totaal) hetgeen de uitspraken die kunnen worden gedaan na analyse van de data zal beperken.

Ten tweede is de verhouding tussen het aantal respondenten werkzaam in academisch ziekenhuizen en psychiaters van de CVPPP erg scheef (14 versus 5) hetgeen het berekenen van verbanden ernstig bemoeilijkt.

Een derde factor die analyse van de resultaten lastig maakt is het feit dat tevoren onbekend was óf en hoeveel van de respondenten van de CVPPP zelf werkzaam zijn bij academische ziekenhuizen.

Een vierde factor die de analyse kan beïnvloeden en die bij beide groepen van belang kan zijn, is de reden waarom de respondenten hebben meegedaan aan dit onderzoek. Daar het aan beide zijden slechts een klein gedeelte van het totale bestand van psychiaters betreft, kan het zijn dat alleen diegenen hebben gereageerd die in hun werk zingeving een belangrijk onderwerp achten. Dit kan een vertekening geven ten opzichte van de vakgroep in z'n algemeenheid.

Een vijfde factor die factor die bij het onderzoek kan leiden tot vertekening van de resultaten is het forse aantal missing values op de meest uiteenlopende vragen. Dit zien we bij beide groepen, maar echt meest bij de psychiaters uit de academische ziekenhuizen. Zo is het

bijvoorbeeld maar van 10 van de 14 psychiaters uit de academische ziekenhuizen bekend of zij lid zijn van een levensbeschouwelijk genootschap, weten we slechts van 9 van de 14 psychiaters uit de academische ziekenhuizen of zij zichzelf zien als religieus en weten we ook maar van 11 van de psychiaters uit de academische ziekenhuizen of zij man dan wel vrouw zijn.

Een zesde en laatste factor die verstoring kan werken bij analyse van de resultaten is het feit dat ook de psychiaters die werkzaam zijn bij genoemde academische ziekenhuizen een Christelijke achtergrond zouden kunnen hebben. Dit laatste maakt dat het verschil tussen de groep psychiaters met een Christelijke achtergrond (als secundair referentiekader) die werkzaam zijn bij de UMC's en diegenen die aangesloten zijn bij de CVPPP, slechts zou bestaan uit het al dan niet aangesloten zijn bij een vakvereniging op basis van de eigen levensovertuiging. Om die reden is na de analyse van de resultaten (waarbij de gegevens van de psychiaters werkzaam in de vijf genoemde UMC's in Nederland zijn vergeleken met de gegevens van de psychiaters die lid zijn van de CVPPP) nog een extra analyse gedaan, waarbij de gegevens van degenen die met een christelijke achtergrond die werkzaam zijn in een academisch ziekenhuis zijn gescheiden van de gegevens van degenen zonder een christelijke achtergrond.

De genoemde factoren maken dat dit onderzoek slechts als exploratief onderzoek kan worden beschouwd en de resultaten slechts indicatief kunnen zijn.

5.5 Samenvatting

Dit onderzoek is verricht met behulp van een kwantitatieve vragenlijst, die gebaseerd is op gegevens uit de enquête 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt'. Deze vragenlijst behoort bij een gelijknamig (groter) onderzoek, dat sinds 2009 wordt verricht door dr. N.M. Hijweege-Smeets, dr. J.Z.T. Pieper en dr. W. Smeets in de academische ziekenhuizen van Nederland.

Ten behoeve van nader onderzoek in het kader van deze scriptie is de genoemde vragenlijst 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt' begin 2011 tevens uitgezet onder enkele psychiaters, verbonden aan de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP). Doel hiervan was om de vooronderstelling te onderzoeken, dat er daadwerkelijk verschil bestaat tussen psychiaters van UMC's enerzijds, en psychiaters met een christelijke achtergrond (die zich aaneen hebben gesloten op basis van hun levensbeschouwelijke achtergrond) anderzijds, in het herkennen van zingevingvragen van de patiënt en ook in de wijze waarop zij met die zingevingvragen van de patiënt omgaan.

Een aantal factoren beïnvloeden de resultaten van dit (deel)onderzoek, waaronder de zeer kleine groep die de vragen heeft beantwoord en de erg scheve verdeling in het aantal respondenten (14 uit de academische ziekenhuizen en 5 van de CVPPP).

Met behulp van de gegevens uit het onderzoek wordt getracht een antwoord te formuleren op de tweede en derde onderzoeksvraag die de basis vormen voor deze scriptie:

- Herkent de psychiater zingevingvragen van patiënt?
- Hoe gaat de psychiater om met zingevingvragen van patiënt?

Hoofdstuk 6 Analyse van gegevens uit het onderzoek

6.1 Beschrijving van de persoon en levensbeschouwing van de respondenten

Er zijn in totaal 19 respondenten. In de groep van psychiaters werkzaam in academische ziekenhuizen hebben niet alle respondenten alle vragen ingevuld. De hoeveelheid respondenten die de vragen beantwoord hebben wisselt per vraag. De hoeveelheid missing values is derhalve wisselend, maar in sommige gevallen hebben 5 van de 14 psychiaters werkend in de academische ziekenhuizen een vraag niet ingevuld (dit is 36% van de totale groep) hetgeen consequenties heeft voor de generaliseerbaarheid van het onderzoek. Mede om deze reden worden uitsluitend die antwoorden besproken die door de groep van CVPPP psychiaters met een verdeling van 1-4 of 0-5 zijn ingevuld. Hiermee is er in ieder geval sprake van een mening die wordt vertegenwoordigd door 80 tot 100% van de psychiaters in de kleinste groep met respondenten. Dit is dus *niet* altijd het geval voor de totale groep van 19 respondenten (UMC psychiaters en psychiaters van de CVPPP) die het antwoord heeft ingevuld. Een en ander maakt dat slechts opvallende uitkomsten en een enkele correlatie kunnen worden besproken.

De op genoemde wijze geselecteerde uitkomsten van het onderzoek zijn beschreven in een tabel bijlage 2 (zie pagina 53).

Hierna volgt een beschrijving van de beide respondentengroepen.

Psychiaters werkzaam in de academische ziekenhuizen

De gegevens zijn verzameld aan de hand van de vragen die gerangschikt zijn onder de nummers 1, 2, en 3 van de tabel in de bijlage (respectievelijk vraag 40, 41, 42, 43, 44, 46 en vraag 7 en 8 uit de vragenlijst 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt'). De psychiaters die werkzaam zijn in de academische ziekenhuizen zijn gemiddeld 41,5 jaar oud. Van de groep is 46% man en 54% vrouw. In deze groep beschouwt 91% zichzelf als levensbeschouwelijk en 33% zichzelf als religieus ingesteld, echter slechts 30% is lid van een levensbeschouwelijke groepering. Van de totale groep zegt 30% zich verwant te voelen met het Rooms Katholicisme, 10% met het protestantisme, 40% zegt zich verwant te voelen met een andere levensovertuiging (variërend van nieuwe spiritualiteit tot Boeddhisme) en 20% zegt atheïst te zijn. Geen van hen is lid van de CVPPP.

Steunbronnen voor deze psychiaters zijn met name de partner/ het gezin/ de familie en het contact met vrienden (respectievelijk 65% en 67%). Als de belangrijkste motieven voor de uitoefening van hun beroep geven de psychiaters aan; de betrokkenheid bij de patiënt en het werk goed doen (beide 100%). Ook zorg verlenen aan de patiënt scoort hoog.

Psychiaters die lid zijn van de CVPPP

De vijf psychiaters die lid zijn van de CVPPP en de vragenlijst hebben ingevuld zijn gemiddeld 47,2 jaar oud. Allen zijn man. In deze groep beschouwen zichzelf als religieus en levensbeschouwelijk ingesteld (beide 100%) en iedereen is lid van een levensbeschouwelijk genootschap. Van de groep zijn vier leden protestant (80%) en is één lid Rooms Katholiek (20%).

Steunbronnen voor deze psychiaters zijn met name de partner/ het gezin/ de familie en het contact met vrienden (respectievelijk 100% en 80%) en de eigen religie (80% versus 21%). Als de belangrijkste motieven voor de uitoefening van hun beroep geven de psychiaters aan; zorg verlenen aan de patiënt en het werk goed doen (beide 100%). Ook betrokken zijn bij de patiënt scoort hoog (80%).

6.2 Herkenning van zingevingvragen door de psychiaters

Vier vragen die betrekking hebben op de herkenning van zingevingvragen zijn onderling vergeleken (je doet niet aan statistische toetsing); ten eerste de vraag naar herkenning van patiëntsignalen met betrekking tot zingevingaspecten (nummer 4 uit de tabel, vraag 15 uit de vragenlijst), ten tweede de vraag naar de soort zingevingvragen die psychiaters tegenkomen (nummer 5 uit de tabel, vraag 16 uit de vragenlijst), ten derde positieve effecten van geloof, spiritualiteit en levensbeschouwing op de patiënt (nummer 6 uit de tabel, vraag 20 uit de vragenlijst) en ten vierde negatieve effecten van geloof, spiritualiteit en levensbeschouwing op de patiënt (nummer 7 uit de tabel, vraag 21 uit de vragenlijst). Hoe hebben de beide groepen op de vragen geantwoord? De uitgebreide statistische gegevens staan in bijlage twee; hierna bespreken we de meest in het oog lopende verschillen, namelijk daar waar het verschil in procenten tussen de beide groepen 20 of meer bedraagt.

Als patiëntsignalen worden door de meeste psychiaters ongeveer dezelfde waargenomen signalen gerapporteerd (zie nummer 4 uit de tabel). Slechts op drie deelvragen wordt opvallend verschillend geantwoord. Zo geven de psychiaters uit de academische ziekenhuizen aan vaker angst als signaal voor zingevingvragen te signaleren. Daarentegen geven de psychiaters van de CVPPP aan dat zij in het herhaald terugkeren van bepaalde thematiek in gesprekken én in het richten op nieuwe levensdoelen, zingevingvragen herkennen.

De soort zingevingvragen die de psychiaters uit de academische ziekenhuizen en de psychiaters van de CVPPP tegenkomen, komt in grote lijnen overeen. Verschillen worden gemeten op vijf deelvragen. Vragen over omgaan met de naasten worden door 25% van de psychiaters uit de UMC's aangegeven als een soort zingevingvragen die zij zien bij patiënten. De psychiaters van de CVPPP geven dit niet aan (0%). Daarentegen geven de psychiaters van de CVPPP aan de vraag 'hoe komt het'/ 'wat is mijn schuld'/ 'hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes' en 'heeft God hier een bedoeling mee' veelvuldig tegen te komen (respectievelijk 100%, 100%, 80% en 80%) waar de psychiaters uit de UMC's dit veel minder aangeven (respectievelijk 75%, 58%, 17% en 17%).

In hoeverre het betrekken van het geloof en de levensbeschouwing positief effect heeft op het omgaan met de ziekte door de patiënt (nummer 6 uit de tabel) wordt door de psychiaters relatief eenduidig beantwoord met; 'men vindt geborgenheid bij het goddelijke, de heilige bestaansgrond'/ 'religieuze rituelen helpen'/ geestelijk verzorgers bieden steun' (allen beantwoord door de UMC groep met 82% en door de CVPPP groep 100%). Een fors verschil wordt gemeten op de

stelling: “de ziekte krijgt zin en betekenis” (50% van de UMC psychiaters, versus 100% van de CVPPP).

Verschillend is ook de mening over mogelijke negatieve invloed van het geloof/ de spiritualiteit/ de levensbeschouwing (nummer 7 uit de tabel). Ongeveer 64% van de psychiaters die werkzaam in de academische ziekenhuizen ervaart de stelling ‘de patiënt voelt zich door God verlaten’ als waar, tegenover 100% van de psychiaters van de CVPPP.

6.3 Aanpak van zingevingvragen door de psychiaters

Een zestal vragen die samenhangen met de behandeling van zingevingvragen zijn statistisch onderzocht; ten eerste de vraag naar het belang dat de psychiater hecht aan ingaan op (nummer 8 uit de tabel, vraag 22 uit de vragenlijst), ten tweede het feit of er in de behandeling zingevingvragen aan de orde komen (nummer 9 uit de tabel, vraag 26 uit de vragenlijst), ten derde het omgaan met zingevingvragen (nummer 10 uit de tabel, vraag 27 uit de vragenlijst), ten vierde de aard van de kennisbronnen waaruit de psychiater put (nummer 11 uit de tabel, vraag 28 uit de vragenlijst), ten vijfde de houding die kenmerkend is in het contact van de psychiater met de patiënt de (nummer 12 uit de tabel, vraag 29 uit de vragenlijst), en ten zesde de vaardigheden die de psychiater gebruikt in het contact met patiënten (nummer 13 uit de tabel, vraag 30 uit de vragenlijst).

Alle psychiaters uit het onderzoek geven aan dat zingevingvragen aan de orde komen in hun contacten met de patiënten (nummer 8 uit de tabel). Allen vinden dit in sterke mate van belang. Het begeleiden van patiënten met zingevingvragen acht ook iedereen van belang, maar de psychiaters uit de academische ziekenhuizen geven dit iets sterker aan (46% vindt dit in sterke mate, versus 20% van de CVPPP psychiaters).

Veelal geven beide groepen aan dat ongeveer dezelfde vragen als zingevingsvraag aan de orde komen in hun patiëntcontacten. Er worden echter een aantal verschillen gemeten (zie nummer 9 uit de tabel).

De psychiaters van de academische ziekenhuizen geven aan vaker de vragen; ‘wat kan ik er aan doen’/ ‘hoe lang nog’/ ‘hoe behoud ik mijn autonomie’/ ‘hoe raak ik niet geïsoleerd’/ ‘hoe zinvol is verder behandelen nog’ en ‘hoe kan ik het leven loslaten’ als zingevingsvraag te zien in patiëntcontacten (nummer 10 uit de tabel). Daarentegen geven de psychiaters van de CVPPP aan vaker vragen als; ‘waarom ik’/ ‘wat is mijn schuld, verantwoordelijkheid’/ ‘hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes’/ ‘heeft God hier een bedoeling mee’ en ‘waarom heeft God mij in de steek gelaten’ als zingevingsvraag te zien in patiëntcontacten (*mogelijk een logische conclusie omdat deze groep psychiaters ook een ander soort patiënten heeft*).

Beide groepen respondenten geven aan medisch technische kennis, psychologische kennis en kennis over geloof/ spiritualiteit en religie belangrijke kennisbronnen te vinden die men gebruikt in het contact met de patiënt (zie nummer 11 in de tabel). De kennis van religie/ spiritualiteit en levensbeschouwing wordt door de CVPPP psychiaters benoemd als belangrijkste

kennisbron naast psychologische kennis (beide 100%, versus medisch technische kennis 80%), terwijl de psychiaters uit de UMC's de kennis van religie wel als erg belangrijk ervaren, maar als genoemde kennisbron dit de minst belangrijke kennisbron vinden (80%, versus 90% medisch technische kennis en 100% psychologische kennis).

De houding die de groep van psychiaters werkend in academische ziekenhuizen kenmerkt in het contact met de patiënt (zie nummer 12 in de tabel) is met name een leidende houding en een houding van empathie (beide 82%). De houding die de CVPPP groep van psychiaters kenmerkt in het contact met de patiënt is tevens leidende houding en een houding van empathie (beide 100%).

De vaardigheden die de psychiaters zeggen te gebruiken in hun gesprekken met de patiënten komen in grote lijnen overeen (zie nummer 13 in de tabel). Verschillen worden gevonden op de deelvragen 'exploreren van de impact van de ziekte op sociale relaties' en 'het exploreren van de impact van de ziekte op het psychische welbevinden' (73% en 91% tegenover de CVPPP psychiaters beide 20%). Ook zegt 73% van de UMC psychiaters de patiënten in sterke mate emotioneel te ondersteunen (van de CVPPP zegt slechts 20% dit in sterke mate te doen en 80% matig). Ook geven de psychiaters werkzaam in de academische ziekenhuizen aan dat zij vaak advies geven over de behandeling (91% in sterke mate, tegenover de CVPPP 20% in sterke mate en 80% matig).

6.4 Gegevens van UMC psychiaters met een christelijke achtergrond

Zoals reeds aangegeven in paragraaf 5.4, is na afloop van de analyse van de gegevens nog een korte na-analyse gedaan. Hierbij zijn de gegevens van degenen die werkzaam zijn in een academisch ziekenhuis en die een christelijke achtergrond hebben, gescheiden van de gegevens van degenen die werkzaam zijn in een academisch ziekenhuis zonder een christelijke achtergrond. De groep psychiaters met een christelijke achtergrond die werkzaam zijn bij een UMC, bestaat uit 4 personen.

Met het op deze wijze scheiden van gegevens zijn twee bezwaren tegen de vergelijking van de twee groepen respondenten in feite verdwenen; ten eerste het bezwaar tegen het feit dat de antwoorden binnen de groep UMC psychiaters beïnvloed zouden kunnen zijn doordat respondenten met een christelijke achtergrond deel uitmaken van deze groep. Ten tweede het bezwaar tegen de (on)vergelijkbaarheid van de respondent groepen vanwege de scheve verdeling (zeer uiteenlopend aantal respondenten in beide groepen).

De vragen die zijn vergeleken zijn zowel vragen die betrekking hebben op de herkenning van zingevingvragen, als op het omgaan met zingevingvragen. Zij zijn uitgekozen op basis van het feit dat er grote/ substantiële verschillen werden gevonden tussen de antwoorden van de UMC psychiaters enerzijds en de CVPPP psychiaters anderzijds.

M.b.t. *herkenning* zijn een aantal subvragen vergeleken, behorende bij de vraag waaraan de psychiater herkent dat er sprake is van vragen rondom zingevingaspecten van ziek zijn. Daarnaast een aantal subvragen behorende bij de vraag welk soort zingevingvragen de psychiater

tegenkomt. En een aantal subvragen die behoren bij de vraag welke positieve invloed psychiaters aantreffen als geloof/ spiritualiteit een rol speelt en eveneens een aantal subvragen voor als zij in deze een negatieve invloed vinden.

Daarnaast zijn er een aantal (sub)vragen vergeleken die te maken hebben met het *omgaan* met zingevingvragen; onder meer subvragen behorende bij de vraag welke zingevingvragen er in gesprekken aan de orde komen.

Bovendien zijn ook de vraag naar de houding die de contacten tussen psychiater en patiënt kenmerkt en de vraag naar de aard van de kennisbronnen die de psychiater gebruikt, vergeleken.

De vragen zijn op een zelfde manier met elkaar vergeleken als bij de vergelijking (eerder dit hoofdstuk) van alle respondenten; er worden uitsluitend die antwoorden besproken die door de groep van CVPPP psychiaters met een verdeling van 1-4 of 0-5 zijn ingevuld.

Met betrekking tot *herkenning* van zingevingvragen valt het volgende op: CVPPP psychiaters geven aan zingevingvragen niet te herkennen aan angst (100%), de Chr. UMC psychiaters zeggen dit wel te doen (75%). Dit gemeten verschil komt overeen met de meting in de totale groep. Op de vraag welke soort zingevingvragen de psychiaters tegenkomen zeggen de CVPPP psychiaters vaker dan hun christelijke UMC collega's "wat is mijn schuld" (identiek aan de meting met de totale groep UMC respondenten), "hoe behoud ik mijn autonomie" (de Chr. UMC psychiaters wijken met 75% ja, af van de antwoorden van de totale groep UMC respondenten die deze vraag met 50% ja en 50% nee beantwoordt), "hoe ga ik om met in mijn leven gemaakte keuzes" (duidelijke afwijking van de Chr. UMC psychiaters van de meting met de hele groep UMC respondenten; de Chr. Psychiaters geven aan dit niet te herkennen; 100% zegt nee, van de totale groep zegt 36% dit wel te herkennen), "heeft God hier een bedoeling mee" (resultaten vrijwel identiek aan de meting met de totale groep UMC respondenten), "waarom laat God mij in de steek" (een kleine afwijking in de scores van de Chr. UMC psychiaters ten aanzien van de eerste meting onder UMC psychiaters) tegen te komen.

UMC psychiaters (Chr.) geven aan vaker "hoe lang nog" (zelfs iets meer dan in de totale groep UMC respondenten werd gemeten) en "hoe raak ik niet geïsoleerd" (eveneens iets meer dan in de totale groep UMC respondenten werd gemeten) als zingevingvraag tegen te komen. Positieve invloed van het geloof herkennen CVPPP psychiaters sterk in "het geborgenheid vinden bij het goddelijke" en matig in "religieuze rituelen helpen". Over het eerste zijn de meningen onder Chr. UMC psychiaters verdeeld (50% zegt van niet, in de oorspronkelijke meting onder UMC psychiaters was dit 18%). Wat betreft "rituelen helpen" zijn de resultaten van de meting vrijwel identiek met de oorspronkelijke meting. De vraag of de patiënt zich door God verlaten voelt is niet valide ingevuld en kan derhalve niet worden vergeleken.

Met betrekking tot *omgaan* met zingevingvragen geven CVPPP psychiaters aan een veel grotere positieve invloed van het geloof/ de levensbeschouwing te zien dan de Chr. UMC psychiaters (100% sterk tot matig, versus 25% matig). Dit komt overeen met eerder gemeten resultaten in de totale groep.

Met betrekking tot de *kennisbronnen* die de psychiaters gebruiken in het omgaan met zingevingvragen van de patiënt geven alle CVPPP psychiaters aan hun kennis over geloof/spiritualiteit sterk te benutten, 100 % van de Chr. UMC psychiaters doet dit matig of niet. Deze uitkomst is vergelijkbaar met de resultaten van de meting met de totale groep UMC psychiaters.

Met betrekking tot de *vaardigheden* die de psychiaters gebruiken in het contact met hun patiënten geeft slechts 20% van de CVPPP psychiaters aan zich bezig te houden met het exploreren van de impact op het psychisch welbevinden. Ongeveer 80% van de CVPPP psychiaters doet dit matig, echter 75% van de Chr. UMC psychiaters doet dit sterk). Deze uitkomst is vrijwel identiek aan de uitkomst van de meting met de totale groep van UMC psychiaters.

Samenvattend kan gesteld worden dat er slechts een klein aantal -substantiële- verschillen in de antwoorden wordt gevonden, als we de oorspronkelijke resultaten vergelijken met de resultaten die worden gevonden binnen de groep christelijke UMC psychiaters. Dit is opvallend omdat twee van de bezwaren (onvergelijkbaarheid van de groep en aanwezigheid van Chr. UMC psychiaters in de totale groep van UMC psychiaters) worden opgeheven.

De meest in het oog lopende verschillen worden gevonden op vragen die te maken hebben met *herkenning* van zingevingvragen, onder meer op de subvraag: “*hoe behoud ik mijn autonomie*” (de christelijke UMC psychiaters geven vaker dan de totale groep UMC psychiaters aan, dit als zingevingvraag te herkennen) en “*hoe ga ik om met in mijn leven gemaakte keuzes*” (de Chr. UMC psychiaters herkennen dit niet als zingevingvraag, een deel van de totale groep geeft aan dit wel te doen). Met betrekking tot *omgaan met* zingevingvragen wordt slecht één substantieel verschil gevonden, namelijk op de subvraag: “*geborgenheid vinden bij het goddelijke*” (een groter deel van de groep zegt van niet indien vergeleken met de oorspronkelijke groep).

De gevonden verschillen zijn echter niet groot en slechts meetbaar op een gering aantal subvragen. Dit lijkt er op te wijzen dat er sprake is van twee groepen die zich voldoende onderscheiden. Onduidelijk is en blijft of dit -alleen- te maken heeft met hun levensbeschouwelijke overtuiging, of bijvoorbeeld ook met de verschillen in patiëntenpopulatie.

6.5 Samenvatting

Gezien de resultaten uit paragraaf 6.4 willen we hierbij een samenvatting geven van de resultaten zoals die zijn gevonden aan de hand van de oorspronkelijke meting (zie tabel in de bijlagen).

De groepen psychiaters (CVPPP psychiaters en psychiaters werkzaam in een van de vijf aan het onderzoek meewerkende UMC's) zijn op drie gebieden met elkaar vergeleken; op het gebied van persoon en levensbeschouwing, op de herkenning van zingevingvragen en op de aanpak van zingevingvragen in het contact met de patiënt. Het vergelijken van de groepen is om een aantal redenen erg lastig, onder meer vanwege de scheve verdeling (14 versus 5 respondenten) en vanwege het forse aantal missing values. Bij het vergelijken van de resultaten is om die reden extra voorzichtigheid betracht.

Op het gebied van de persoon en levensbeschouwing valt op dat de CVPPP psychiaters allemaal mannen zijn, en tevens allen lid van een kerkgenootschap en beschouwt iedereen zichzelf als religieus. De UMC psychiaters zijn zowel mannen als vrouwen en slechts 30% behoort tot een levensbeschouwelijke groepering. Wel beschouwen vrijwel alle psychiaters zichzelf als levensbeschouwelijk ingesteld, maar slechts een derde ziet zichzelf als religieus. Van de UMC psychiaters beschouwt een veel groter gedeelte zichzelf als spiritueel dan van de CVPPP psychiaters (50% versus 20%). Opvallend is dat de CVPPP psychiaters aangeven meer steun te ontleen aan partner/ gezin/ familie en vrienden en aan de eigen religie/ geloofsovertuiging dan de UMC psychiaters.

Wat betreft de herkenning van zingevingvragen valt een aantal dingen op. Van de UMC psychiaters geeft ruim een derde aan, dat zij aan angst zingevingvragen herkennen. De CVPPP psychiaters geven dit geen van allen aan. Daarentegen herkennen de CVPPP psychiaters vaak zingevingvragen aan het zich richten op nieuwe levensdoelen, iets wat door de UMC psychiaters veel minder wordt herkend (80%, versus 43%). Ook de antwoorden op het type zingevingvragen dat de psychiaters herkennen tonen enige opmerkelijke zaken. De CVPPP psychiaters zien opmerkelijk vaker dan de beroepsgenoten uit de UMC's de vragen: Wat is mijn schuld? Hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes? En; heeft God hier een bedoeling mee? Ook geven zij vaker dan hun beroepsgenoten (100% versus 50%) aan dat zij invloed zien van geloof/ spiritualiteit/ levensbeschouwing, soms met een andere dan verwachte samenhang, namelijk; 'de ziekte krijgt hierdoor zin en betekenis' ervaren zij niet als een duidelijk/ sterk verband (0% ervaart dit als sterk verband, versus 50% van de UMC psychiaters). Ook geven zij vaker dan de UMC psychiaters aan dat de patiënt zich door God verlaten voelt (100% versus 64%).

Wat betreft de aanpak van zingevingvragen in de contacten met de patiënt geeft iedereen aan dat zingevingvragen in de gesprekken aan de orde komen. Iedereen acht dit belangrijk. De soort zingevingvragen die in patiëntcontacten aan de orde komt varieert echter enigszins per groep. De psychiaters van de CVPPP geven aan dat aanzienlijk vaker de vraag 'waarom ik', 'wat is mijn schuld, mijn verantwoordelijkheid', 'hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes', 'heeft God hier een bedoeling mee' en 'waarom laat God mij in de steek' aan de orde komt in gesprekken. In gesprekken met de psychiaters van de UMC's daarentegen komt vaker de vraag 'hoe behoud ik mijn autonomie' aan de orde.

Kleine verschillen worden geregistreerd in de voornaamste kennisbronnen die psychiaters aangeven (iets meer kennis van geloof/ levensbeschouwing bij de psychiaters van de CVPPP; namelijk 100% versus 80%). Met betrekking tot de vaardigheden die in het contact met patiënten gebruikt worden geven de UMC psychiaters aan vaker de impact van ziekte op sociale relaties te exploreren/ vaker de impact van de ziekte op psychisch welbevinden te exploreren en iets sterker adviezen over behandeling te geven en emotioneel te ondersteunen.

Hoofdstuk 7 Conclusies en discussie

7.1 Conclusies m.b.t. het literatuuronderzoek

In dit onderzoek hebben wij ons gebogen over de vraag; *herkent de psychiater vragen rond zingeving van de patiënt en hoe gaat hij/zij ermee om?* De vraagstelling is uitgewerkt aan de hand van drie vragen: ten eerste de vraag wat er wordt verstaan onder zingeving en zingevingvragen. Ten tweede de vraag hoe de psychiater zingevingvragen van de patiënt herkent en ten derde de vraag hoe de psychiater omgaat met zingevingvragen van de patiënt. Hiervoor is een vragenlijst 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt' afgenomen bij twee groepen psychiaters; de ene groep bestaande uit psychiaters werkend bij academische ziekenhuizen in Nederland, de andere groep bestaande uit psychiaters, verbonden aan de Christelijke Vereniging voor Psychiaters, Psychologen en Psychotherapeuten (CVPPP). Het gelijktijdig uitzetten van dezelfde vragenlijst onder deze twee groepen psychiaters had tot doel na te gaan of beide groepen psychiaters verschillen laten zien in herkenning en aanpak van zingevingvragen van hun patiënten. Een meer algemene doelstelling van het onderzoek was het verkrijgen van inzicht in de wijze waarop de psychiater de zorg op de patiënt afstemt, wanneer deze wordt geconfronteerd met vragen op het gebied van zingeving.

Antwoord op de vraag wat er wordt verstaan onder zingeving en zingevingvragen is geformuleerd op basis van literatuuronderzoek. We sluiten ons aan bij de mening van Van der Lans. Deze geeft aan dat zingeving kan worden verstaan als een basaal menselijke activiteit, die plaatsvindt na iedere gebeurtenis (interactie van een individu en zijn omgeving) op basis van de (intra)psychische processen van oriëntatie en evaluatie met behulp van persoonlijke bronnen (in eerste instantie van zelfwaarde/ waardesysteem en wereldbeeld), gericht op/ of resulterend in het behouden of verwerven van gevoelens van zinvolheid, betrokkenheid en welbevinden. De oriëntatie en evaluatie van gebeurtenissen kan gezien worden als een proces, dat in het leven van alledag vanzelfsprekend en onbewust verloopt, maar dat juist bij crisis, zoals bij (psychiatrische) ziekte wordt doorbroken.

De vraag hoe psychiaters zingevingvragen herkennen hangt samen met hoe zij het verband tussen een psychiatrisch ziektebeeld en levensvisie/ levensbeschouwelijke overtuiging van hun patiënt interpreteren. Er worden drie vormen beschreven: de levensvisie veroorzaakt of verergert de ziekte, het ziektebeeld komt tot uitdrukking in de levensvisie (als onderdeel van de pathologie), de levensvisie biedt houvast en heeft een positieve werking op het ziektebeeld (religieuze coping). Literatuuronderzoek leidt tot de conclusie dat zingevingvragen te vinden zijn op alle niveaus van de werkelijkheidsbeleving; op het niveau van de feitelijke en objectieve werkelijkheid, op intrapsychisch niveau (onder meer op -toekomst- dromen, fantasieën en dergelijke) en op existentieel niveau (rakend aan de fundamentele waarden die mensen ervaren in het bestaan). Zingevingvragen (zeker die op existentieel niveau) worden door psychiaters niet altijd als zodanig herkend. Wij stellen dat het wel herkennen van de zingevingvragen op existentieel niveau

samenhangt met het “verstaan” van de taal van de patiënt. Een dergelijk ‘verstaan’ zou kunnen worden bevorderd door een persoonlijk religieus referentiekader van de psychiater.

Over de vraag hoe psychiaters omgaan met zingevingvragen van hun patiënten worden in het literatuurhoofdstuk verschillende aandachtspunten beschreven. Het eerste aandachtspunt is dat het wel of niet ingaan op zingevingvragen kan afhangen van de vorm van de behandeling die de psychiater biedt. Persoonsgerichte therapie kan in tegenstelling tot symptoomgerichte therapie bij uitstek plek bieden aan vragen over zingeving. Het tweede aandachtspunt heeft betrekking op de constatering dat levensbeschouwing door de patiënt kan worden aangewend als copingmechanisme bij zingevingvragen op -existentieel/ spiritueel- niveau. Copingmechanismen zullen door psychiaters doorgaans in een behandeling worden gestimuleerd. Een derde aandachtspunt betreft een persoonlijk religieus referentiekader van de psychiaters. We stellen dat dit psychiaters zowel voordelen als nadelen kan bieden in het behandelen van zingevingvragen (met name op existentieel niveau) van de patiënt. Herkennen van de “taal” is een voordeel, evenals de motivatie om in te gaan op dergelijke vragen. Gevoelens/reacties van tegenoverdracht kunnen echter in het nadeel werken.

7.2 Conclusies op grond van het empirisch onderzoek

Een aantal conclusies en veronderstellingen uit het literatuuronderzoek hebben wij getracht te toetsen met behulp van de gegevens uit de vragenlijst. Ten eerste hebben we bewijzen gezocht voor de veronderstelling dat er daadwerkelijk verschil bestaat tussen psychiaters van UMC's, en psychiaters met een christelijke achtergrond die zich aaneen hebben gesloten op basis van hun levensbeschouwelijke achtergrond. Ten tweede hebben we gezocht naar bevestiging van de stelling dat het wel herkennen van de zingevingvragen op existentieel niveau samenhangt met het “verstaan” van de taal van de patiënt en dat een dergelijk ‘verstaan’ zou kunnen worden bevorderd door een persoonlijk religieus referentiekader van de psychiater. Ten derde hebben we bevestiging gezocht voor de stelling dat een persoonlijk religieus referentiekader psychiaters helpt in de aanpak van zingevingvragen van patiënten (vanwege het herkennen van de taal en de motivatie voor het vak). Als vierde en laatste hebben we bewijzen gezocht voor de juistheid van de stelling dat een persoonlijk religieus referentiekader psychiaters kan storen in de aanpak van zingevingvragen vanwege gevoelens/reacties van tegenoverdracht.

Verschillen tussen de psychiaters

Een veronderstelling ten aanzien van feitelijk alle stellingen is dat de groep van CVPPP psychiaters daadwerkelijk verschilt van de groep van psychiaters werkzaam in de academische ziekenhuizen. In hoeverre is deze vooronderstelling juist? Op het gebied van de persoon en levensbeschouwing valt na statistische analyse van de resultaten op dat de CVPPP psychiaters allemaal mannen zijn, en tevens allen lid van een kerkgenootschap. De UMC psychiaters zijn zowel mannen als vrouwen en slechts 30% behoort tot een levensbeschouwelijke groepering. Vrijwel alle psychiaters beschouwen zichzelf als levensbeschouwelijk ingesteld. Van de UMC psychiaters beschouwt een veel groter

gedeelte zichzelf als spiritueel in gesteld dan van de CVPPP psychiaters. Opvallend is dat de CVPPP psychiaters aangeven meer steun te ontleen aan partner/ gezin/ familie en vrienden dan de UMC psychiaters.

Bewijst dit de stelling dat de groepen feitelijk van elkaar verschillen? Op een aantal fronten blijkt dit het geval te zijn: Het percentage dat lid is van een (christelijk) levensbeschouwelijk genootschap en het percentage dat zichzelf beschrijft als zijnde religieus, is hoger in de groep van UMC psychiaters. Het percentage dat zichzelf spiritueel acht is lager dan in de groep van UMC psychiaters. Een gegeven dat lijkt te passen bij een meer protestantse levensbeschouwelijke opvatting, en vier van de vijf respondenten van de CVPPP is protestant. Als belangrijkste steunbronnen worden door de CVPPP psychiaters meer genoemd dan door de UMC psychiaters; contact met partner/ gezin/ familie, contact met vrienden en de eigen religie/ levensovertuiging. Een en ander lijkt te wijzen op een meer traditioneel christelijke levensinstelling van de CVPPP psychiaters dan de levensinstelling van de UMC psychiaters en dit bevestigt de stelling dat beide groepen daadwerkelijk van elkaar verschillen.

Herkenning van zingevingvragen

We hebben gesteld dat het (wel) herkennen van de zingevingvragen van patiënten op existentieel niveau samenhangt met het 'verstaan' van de taal van de patiënt en dat een dergelijk 'verstaan' zou kunnen worden bevorderd door een persoonlijk religieus referentiekader van de psychiater.

Met betrekking tot herkenning van zingevingvragen vinden we na analyse van de statistische gegevens het volgende; van de UMC psychiaters geeft ruim een derde aan, dat zij aan angst zingevingvragen herkennen. De CVPPP psychiaters geven dit geen van allen aan. Daarentegen herkennen de CVPPP psychiaters vaak zingevingvragen aan het zich richten op nieuwe levensdoelen, iets wat door de UMC psychiaters veel minder wordt herkend.

Ook de antwoorden op de vragen naar het type zinvragen dat de psychiaters herkennen tonen enige opmerkelijke zaken. De CVPPP psychiaters zien opmerkelijk vaker dan de beroepsgenoten uit de UMC's de vragen: Wat is mijn schuld? Hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes? En; heeft God hier een bedoeling mee? Ook geven de CVPPP psychiaters vaker dan hun beroepsgenoten aan dat zij invloed zien van geloof/ spiritualiteit/ levensbeschouwing, echter de stelling 'de ziekte krijgt hierdoor zin en betekenis' ervaren zij als niet waar. Wel geven zij vaker dan de UMC psychiaters aan dat de patiënt zich door God verlaten voelt.

In hoeverre passen deze bevindingen bij onze vooronderstelling? Het valt op dat de psychiaters van de CVPPP vaker zingevingvragen herkennen die te maken hebben met God, spijt en schuld. Zij geven vaker dan hun beroepsgenoten aan de invloed te zien van geloof/ spiritualiteit en levensbeschouwing. Dit lijkt te passen bij de vooronderstelling dat psychiaters met een persoonlijk religieus referentiekader de taal van de patiënt beter 'verstaan'. Een grotere gevoeligheid voor de existentiële zingevingvragen (die doorklinkt in thema's als spijt, schuld, bedoeling God) zou hieruit verklaard kunnen worden. Mogelijk ook dat patiënten bij een psychiater van wie ze weten dat deze gelovig is (zoals bij de psychiaters van de CVPPP veelal duidelijk zal zijn) meer van dergelijke

vragen -durven- neerleggen. Maar is dit de enige verklaring voor de resultaten? Bij de interpretatie van de gegevens moet terdege rekening worden gehouden met zowel de “scheefheid” (14 UMC versus 5 CVPPP) als de mogelijke bias in de referentiegroep. Het is immers niet duidelijk hoe de groep van UMC psychiaters van christelijke huize de vraag heeft ingevuld. Ook is niet duidelijk hoe de werksetting van de psychiaters (die van de CVPPP psychiaters is niet gedefinieerd) de gegevens beïnvloedt. Hierbij valt te denken aan de aard van de patiëntenpopulatie onder meer wat betreft pathologie, maar ook wat betreft levensbeschouwing en het echelon waarin hulp wordt gezocht (bijvoorbeeld eerste tot derde lijn, extramuraal of intramuraal).

Opvallend is bovendien het gegeven dat de UMC psychiaters vaker aan angst zingevingproblemen herkennen. Dit kan niet uit de literatuur worden verklaard. Religieuze psychiaters zouden angst even zeer kunnen duiden als symptoom van een zingevingvraag als hun niet religieuze collega's. Ook hier is onduidelijk of het antwoord samenhangt met de werksetting. Een laatste punt dat opvalt is het antwoord op de vraag naar het zich richten op nieuwe levensdoelen. De CVPPP psychiaters geven aan vaker zingevingvragen te zien in het zich richten op nieuwe levensdoelen. Betekent dit dat dit vaker gebeurt in hun patiëntenpopulatie? Of dat zij dit vaker als zodanig interpreteren? Omdat onbekend is wat voor levensdoelen hiermee bedoeld kunnen worden is interpretatie van dit gegeven zondermeer lastig.

Religiositeit en omgaan met zingevingvragen

De eerste stelling op basis van het literatuuronderzoek die betrekking heeft op een persoonlijk religieus referentiekader van psychiaters is, dat dit persoonlijk referentiekader hen helpt in de aanpak van zingevingvragen van patiënten (vanwege het herkennen van de taal en de motivatie voor het vak). De tweede stelling met betrekking tot een persoonlijk religieus referentiekader is, dat dit persoonlijk referentiekader hen kan storen in de aanpak van zingevingvragen omdat zij last kunnen hebben van gevoelens/reacties op grond van van tegenoverdracht.

Met betrekking tot de aanpak van zingevingvragen in de contacten met de patiënt vinden we na statistische analyse van de antwoorden het volgende; alle psychiaters geven aan dat zingevingvragen in de gesprekken aan de orde komen. Iedereen acht dit belangrijk. De soort zingevingvragen die in patiëntcontacten aan de orde komt varieert enigszins per groep. De psychiaters van de CVPPP geven aan dat aanzienlijk vaker de vragen ‘waarom ik’, ‘wat is mijn schuld, mijn verantwoordelijkheid’, ‘hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes’, ‘heeft God hier een bedoeling mee’ en ‘waarom laat God mij in de steek’ aan de orde komen in gesprekken. In gesprekken met de psychiaters van de UMC's daarentegen komt vaker de vraag ‘hoe behoud ik mijn autonomie’ aan de orde.

Kleine verschillen worden geregistreerd in de voornaamste kennisbronnen die psychiaters aangeven te gebruiken in hun aanpak van zingevingvragen (iets meer kennis van geloof/ levensbeschouwing bij de psychiaters van de CVPPP; namelijk 100% versus 80%).

Met betrekking tot de vaardigheden die in het contact met patiënten gebruikt worden geven de UMC psychiaters aan dat zij vaker; de impact van ziekte op sociale relaties exploreren/

vaker de impact van de ziekte op psychisch welbevinden exploreren en in iets sterkere mate adviezen over behandeling geven en patiënten emotioneel ondersteunen. Met betrekking tot beroepsmotieven worden er geen significante verschillen geconstateerd in de antwoorden van beide groepen. Wel wordt er een sterk verband gemeten tussen het lid zijn van de CVPPP en het benoemen van de bron geloof, spiritualiteit en levensbeschouwing (correlatie coëfficiënt 0.63).

Religieuze overtuiging; een voordeel?

In hoeverre passen de gemeten uitkomsten bij de stellingen? Worden er aanwijzingen gevonden die wijzen op een grotere 'gevoeligheid' voor het taalaspect dan wel een grotere motivatie voor het aanpakken van zingevingsaspecten van/ samenhangend met de aandoening van hun patiënten bij de psychiaters? Hoewel alle psychiaters het belang van het aan de orde stellen van zingevingsvragen aangeven, verschilt de aard van de zingevingsvragen die aan de orde komen. De CVPPP psychiaters geven ook hier aan (net als bij het herkennen van zingevingsvragen) een ander soort zingevingsvragen te zien; namelijk vragen die samenhangen met schuld, verantwoordelijkheid, spijt en de bedoeling van God. In hun gesprekken met patiënten gaat het minder over behoud van autonomie. Op het eerste gezicht lijkt dit te passen bij de stelling dat het herkennen van taal helpt. Aan de andere kant roept het ook vragen op over de patiëntenpopulatie. Is er sprake van een duidelijk religieuze patiëntenpopulatie in de ene setting en de andere niet? Het lijkt denkbaar dat de CVPPP psychiaters meer patiënten zien die zelf religieus zijn en daardoor ook meer bezig met vragen zoals "heeft God hier een bedoeling mee?" De combinatie tussen het meer voorkomen van vragen over de bedoeling van God, schuld ed. en het minder voorkomen van vragen rondom autonomie (niet ondenkbaar als je religieus bent en meer gewend los te laten en te 'vertrouwen op God') lijkt deze kant op te wijzen. Kortom, de gevonden antwoorden zouden kunnen passen bij de geponeerde stelling, maar onderbouwen niet perse het belang van het spreken van de 'taal' van de patiënt. Dit, omdat ze ook verband kunnen houden met de patiëntenpopulatie. Dit behoeft volgens ons nader onderzoek.

Worden er aanwijzingen gevonden voor een grotere motivatie voor aanpakken van zingevingsvragen (herkenbaar in de steunbronnen, kennisbronnen van de psychiaters zelf etc.) bij de CVPPP psychiaters? Beide groepen geven aan zingevingsvragen belangrijk te vinden, beide groepen gebruiken in grote mate dezelfde kennisbronnen. Wel is er enig verschil in de mate waarin de CVPPP psychiaters de kennis van geloof en religie zien als belangrijke kennisbron (100% versus 80%). Significante verschillen worden echter niet gemeten. Wel blijkt er een sterk verband te bestaan tussen het lid zijn van de CVPPP en het benoemen van de bron geloof, spiritualiteit en levensbeschouwing. Deze resultaten tonen enige samenhang tussen het zijn van psychiater, lid van de CVPPP en belang hechten aan religie, echter; bewijs voor de stelling dat het persoonlijke religieuze referentiekader een belangrijke factor is in motivatie wordt hiermee niet aangetoond.

Religieuze overtuiging; een nadeel?

De tweede stelling met betrekking tot een persoonlijk religieus referentiekader van psychiaters is, dat dit persoonlijk referentiekader hen kan storen in de aanpak van zingevingsvragen omdat zij last

kunnen hebben van gevoelens van tegenoverdracht. Worden hiervoor aanwijzingen gevonden? De statistische gegevens zoals deze zijn beschreven geven geen direct antwoord op de vraag of en hoe psychiaters overdrachtsgevoelens herkennen en hoe zij hiermee omgaan. Het feit dat er meer aan religie verwante thema's door de CVPPP psychiaters worden benoemd (schuld/ spijt/ gevoel door God in de steek te zijn gelaten ed.) kan echter wel wijzen op overdacht. Immers, als de psychiaters dergelijke thema's zelf belangrijk achten kan er als het ware 'overwaardering' ontstaan voor dergelijke thema's. Dit zou los kunnen staan van de patiëntenpopulatie of bekendheid met de 'taal' van de patiënt. Mogelijk is dit meer een gevolg van "belijden" of "bestrijden" (zie hoofdstuk 4). Ook dit thema verdient nader onderzoek.

7.3 Discussie

Aanleiding tot dit onderzoek was de vraag of psychiaters vragen rond zingeving van de patiënt herkennen en hoe zij ermee omgaan. In de voorgaande hoofdstukken is beschreven hoe deze vraagstelling uiteen valt in een aantal deelvragen; naar de aard van zingevingvragen, herkenning van dergelijke vragen en het omgaan met zingevingvragen. Het literatuuronderzoek heeft een aantal interessante punten opgeleverd aangaande deze vragen, die zijn verwoord in stellingen. Over de verschillen tussen beide groepen psychiaters, over de herkenning van zingevingvragen door deze beide groepen (en het al dan niet faciliterende effect van het spreken van dezelfde 'taal' als de patiënt) en over de wijze waarop psychiaters met zingevingvragen omgaan (al dan niet gefaciliteerd of juist belemmerd door hun eigen religiositeit). Met behulp van vragenlijstenonderzoek is gepoogd bevestiging te vinden voor de juistheid van deze stellingen. In hoeverre is dit gelukt?

Bij alle antwoorden die zijn gevonden speelt de geringe generaliseerbaarheid een rol (veroorzaakt door kleine groepen, scheve verdeling, grote hoeveelheid missing values). Bovendien valt op dat de vragen over omgaan met problematiek, voor de doelgroep van psychiaters niet zo helder zijn gesteld; er zijn geen vragen over de aard van de therapie/ aanpak van zingevingvragen. Er zijn uitsluitend vragen over de soort zingevingvragen en de mate waarin levensbeschouwing een al dan niet positieve invloed heeft in het ziekteproces van de patiënt. Uitbreiding naar de aard en inhoud van de therapie is ons inziens gewenst.

Een ander punt dat een rol speelt in het vinden van onderbouwing van de stellingen is de onbekendheid met de setting waarin de CVPPP psychiaters werken (zowel met betrekking tot de pathologie, de levensbeschouwing van de patiënten als het echelon waarin de hulp geboden wordt). De combinatie van niet altijd voor de doelgroep geschikte vragen, een te kleine onderzoeksgroep, veel missing values en onbekendheid met het werkkterrein van de CVPPP psychiaters maakt conclusies trekken moeilijk. Een aantal interessante trends tekenen zich wel af.

Zo is een duidelijk onderscheid waar te nemen tussen de groep UMC psychiaters en CVPPP psychiaters. Bij deze laatste groep wordt een meer traditionele christelijke levensinstelling verondersteld waarvoor ook aanwijzingen worden gevonden. Een ander duidelijk onderscheid dat wordt gevonden tussen beide groepen psychiaters, is de aard van de zingevingvragen die zij herkennen. Bij de CVPPP psychiaters zijn dat meer schuld, spijt en godsvertrouwen vragen, bij de

UMC psychiaters meer affectproblemen en autonomie vragen. Of het spreken van de 'taal' van de patiënt in het voordeel van herkenning/ behandeling is of niet kan niet eenduidig worden beantwoord. De trend die wordt gesignaleerd (meer vragen als zodanig herkennen met betrekking tot God, spijt, schuld etc.) lijkt er echter wel op te wijzen. Dit verdient ons inziens nader onderzoek.

Met betrekking tot positieve of nadelige gevolgen van religiositeit van de psychiater (het thema motivatie en tegenoverdracht) bij de behandeling van de patiënt wordt een trend gesignaleerd die zowel kan wijzen op een grotere motivatie als ook op gevoelens van tegenoverdracht. Voor optimale afstemming van de zorg aan de patiënten zou onderbouwing van deze stelling van belang kunnen zijn. Met andere woorden: Gezien de meer algemene doelstelling van het onderzoek, namelijk het bieden van handvatten aan de (zorg)praktijk ten behoeve van een optimale afstemming van het dienstenaanbod aan het individu, verdient dit thema eveneens nader onderzoek. Betere afstemming van de zorg op de individuele patiënt kan immers leiden tot grotere satisfactie en eventueel zelfs betere of snellere genezing, hetgeen kan leiden tot kostenbesparing. Nader onderzoek met grotere groepen respondenten, een meer voor de beroepsgroep gespecificeerde vragenlijst en duidelijkheid over werksetting en patiëntenpopulatie aan beide kanten verdient daarom aanbeveling.

Schoonhoven, 14 augustus 2011

Bijlagen

1. Vragenlijst 'Zingeving in het contact tussen arts en patiënt'.
2. Statistische gegevens van het onderzoek met behulp van de vragenlijst ten behoeve van de scriptie

I. WERKZAAMHEDEN

We beginnen met een reeks vragen over uw arbeidssituatie. Ze gaan over uw functie, uw dagelijkse werkzaamheden, uw motivatie, de belasting van het beroep en de bronnen waar u steun aan ontleent.

1. Welk specialisme beoefent u?

.....
.....

2. Op welke (klinische) afdeling werkt u?

.....
.....

3. Wat zijn uw taken? Wilt u aankruisen in welke mate de genoemde taken van toepassing zijn.

	sterk van toepassing	van toepassing	soms van toepassing	niet van toepassing
-- patiëntenzorg: klinisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-- patiëntenzorg: poliklinisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-- onderwijs/supervisie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-- onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-- management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Mijn functie is:

- medisch specialist-hoogleraar
- medisch specialist
- arts-assistent

5. Welke 'fasen' in het ziekteproces van uw patiënten maakt u mee? Wilt u aankruisen in welke mate de genoemde fasen van toepassing zijn.

	sterk van toepassing	van toepassing	soms van toepassing	niet van toepassing
- intake – diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- poliklinische nazorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- palliatieve zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. *Wat is de duur van uw contacten met patiënten? Wilt u aankruisen in welke mate de genoemde duur van toepassing is.*

	sterk van toepassing	van toepassing	soms van toepassing	niet van toepassing
- eenmalig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kortdurend (enkele contacten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- middellang (maximaal 1 jaar na eerste contact)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- langdurend/levensloop volgend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. *Hieronder volgt een lijst met beroepsmotieven. Geef aan in hoeverre elk motief in uw werk een rol speelt. Wilt u aankruisen in welke mate de genoemde motieven van toepassing zijn.*

	sterk van toepassing	van toepassing	soms van toepassing	niet van toepassing
- medisch-technisch deskundig handelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- patiënt beter maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- betrokken zijn bij de patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zorg verlenen aan de patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- begeleiden van de patiënt in het maken van keuzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- collegiale contacten met andere specialisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bijdragen aan de opleiding van een nieuwe generatie specialisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- doen van wetenschappelijk onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het werk goed doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bijdragen aan kwaliteit van zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. *Aan welke bronnen ontleent u steun voor de uitoefening van uw beroep? Wilt u aankruisen welke bronnen van toepassing zijn. Meerdere keuzes zijn mogelijk.*

- contacten met partner of binnen het gezin/de familie
- contacten met vrienden
- contacten met collegae
- sport
- ontspanning in de natuur
- lezen
- kunst
- spiritualiteit/religie
- werk
- anders, namelijk

9. Welke aspecten van uw beroep ervaart u als belastend? Wilt u aankruisen welke aspecten van toepassing zijn. Meerdere keuzes zijn mogelijk.

- tijdsdruk
- competitie
- bijhouden van vakliteratuur en medisch technische ontwikkelingen
- geven van onderwijs
- management taken
- contacten met andere professionals
- de (schrijvende) verhalen van patiënten
- verwachtingen van patiënten
- het maken van en verantwoordelijk zijn voor medisch technische keuzes
- eigen onmacht
- gemaakte fouten
- eigen afstomping, onverschilligheid
- confrontatie met eigen eindigheid/kwetsbaarheid
- andere, namelijk.....

II. WAARNEMEN VAN: VERWACHTINGEN PATIËNTEN, PSYCHISCHE REACTIES, SOCIALE VERANDERINGEN EN ZINGEVINGVRAGEN

Nu volgt een reeks vragen over wat u waarneemt in het contact met de patiënt. Welke verwachtingen heeft de patiënt van u, welke psychische veranderingen gaan gepaard met de ziekte, welke sociale veranderingen hangen ermee samen en welke zingevingsvragen komen op naar uw waarneming?

II.1 Verwachtingen patiënten

10. In welke mate hebben patiënten naar uw ervaring de volgende verwachtingen van u als medisch specialist?

	sterk	matig	niet
- dat u medisch kundig handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dat u betrokkenheid toont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dat u ingaat op existentiële en zingevingsvragen die met de ziekte samenhangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. In welke mate kennen uw patiënten u de volgende rollen toe?

	sterk	matig	niet
- deskundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vertrouwensfiguur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- begeleider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vriend(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ideale ouder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II.2 Psychische reacties

12. In welke mate komt u de volgende gevoelens tegen bij uw patiënten?

	sterk	matig	niet
- angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- boosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verontwaardiging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- schuldgevoelens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- schaamtegevoelens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hoop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- onzekerheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- onrust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- somberheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dankbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vreugde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- teleurstelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- afhankelijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- andere, namelijk:			

.....
.....
.....

13. Op welke manieren proberen uw patiënten greep te krijgen op hun ziekte?

	sterk	matig	niet
- strijd/doorvechten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ontkenning/vermijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- acceptatie/berusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- opgeven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cynisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- positieve herwaardering van de situatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verstarring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- andere manieren, namelijk			

.....
.....
.....

II.3 Sociale veranderingen

14. In welke mate heeft de ziekte invloed op het sociale leven van uw patiënten?

	sterk	matig	niet
- intieme relaties verslechteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- intieme relaties verbeteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de sociale positie verslechtert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- de arbeidsperspectieven verslechteren

II.4 Zingevingvragen

15. Waaraan *herkent* u bij uw patienten dat er zingevingaspecten van ziek-zijn aan de orde zijn? Geef aan welke signalen van toepassing zijn. Meerdere keuzes zijn mogelijk.

- herhaald terugkeren van een bepaalde thematiek in de gesprekken
- kwaadheid
- intensiteit van emoties
- stagnatie in accepteren van het veranderde lichaam
- stagnatie in ontwikkeling toekomstperspectief
- moedeloosheid
- verminderde eetlust
- fixatie op de dood
- fixatie op gezond worden
- extreem gedrag
- ongeremdheid in verdriet
- spanning in relaties met belangrijke anderen
- angst
- verbetering van relaties met belangrijke anderen
- sterk opgaan in de natuur
- richten op nieuwe levensdoelen
- andere signalen, namelijk

.....
.....

16. Welk soort zingevingvragen komt u tegen bij uw patienten ? Meerdere keuzes zijn mogelijk.

- geen
- waarom ik
- is het wel rechtvaardig
- hoe komt het
- wat kan ik eraan doen
- hoe lang nog
- wat is mijn schuld, verantwoordelijkheid
- is er nog een resterend zinvol leven
- hoe behoud ik mijn autonomie
- hoe raak ik niet geïsoleerd
- is er leven na de dood
- hoe zal het doodgaan zich voltrekken
- vragen rond omgaan met naasten
- vragen rond schaamte
- hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes
- hoe zinvol is verder behandelen nog
- hoe kan ik het leven loslaten
- vragen rond orgaandonatie
- vragen rond euthanasie
- waarom straft God mij

- heeft God hier een bedoeling mee
 - waarom laat God mij in de steek
 - vragen rond hoop
 - waarom is er ziekte en lijden
 - andere, namelijk
-
-

17. Welk gedeelte van de patiënten betreft hun geloof/spiritualiteit/levensbeschouwing bij het omgaan met hun ziekte?

Schatting in percentage van 0% tot 100%:.....

18. Als ze dat doen, in hoeverre heeft dat dan positieve invloed?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sterk | matig | niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Als ze dat doen, in hoeverre heeft dat dan negatieve invloed?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sterk | matig | niet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. Welk soort positieve invloed treft u aan als geloof/spiritualiteit/levensbeschouwing een rol speelt?

- | | sterk | matig | niet |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - de ziekte krijgt zin en betekenis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - men vindt geborgenheid bij het goddelijke/heilige/de bestaansgrond | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - (religieuze/spirituele) rituelen helpen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de (geloofs/spirituele) gemeenschap biedt steun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - geestelijk verzorgers bieden steun | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - andere positieve invloed, namelijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-
-

21. Welk soort negatieve invloed treft u aan als geloof/spiritualiteit/levensbeschouwing een rol speelt?

- | | sterk | matig | niet |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - de patiënt heeft overmatige schuldgevoelens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de patiënt vreest straf in het hiernamaals | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de patiënt voelt zich door God verlaten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de patiënt verliest de steun van de (geloofs/spirituele)gemeenschap | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de patiënt heeft geen houvast | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- andere negatieve invloed, namelijk

.....
.....

III. OMGAAN MET ZINGEVINGVRAGEN

Nu volgt een reeks vragen over de manier waarop u omgaat met zingevingvragen in het contact met de patiënt.

22. *In hoeverre vindt u het belangrijk om bij zingevingvragen van uw patiënten.....*

	sterk	matig	niet
- deze zingevingvragen te signaleren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in te gaan op deze zingevingvragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- begeleiden van deze patiënten rond deze vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- doorverwijzen van deze patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. *In hoeverre bent u het eens met de stelling: Zingevingvragen zijn een privé-aangelegenheid van de patiënt.*

sterk	matig	niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. *Heeft u voldoende tijd om op zingevingvragen in te gaan?*

- ja, voldoende
- meestal wel, soms niet
- meestal niet, soms wel
- nee, onvoldoende

25. *Voelt u zich voldoende competent om op zingevingvragen in te gaan?*

- ja, voldoende
- meestal wel, soms niet
- meestal niet, soms wel
- nee, onvoldoende

26. *Bij mij komen zingevingvragen aan de orde....*

- alleen als de patiënt er zelf over begint
- meestal begin ik er zelf over
- soms begint de patiënt, dan weer ikzelf
- (bijna) nooit

27. Welke zingevingvragen **komen** in de gesprekken met uw patiënten **aan de orde** (N.B.: in blok 2 ging het om het waarnemen van zingevingvragen)? Meerdere keuzes zijn mogelijk.

- geen
- waarom ik
- is het wel rechtvaardig
- hoe komt het
- wat kan ik eraan doen
- hoe lang nog
- wat is mijn schuld, verantwoordelijkheid
- is er nog een resterend zinvol leven
- hoe behoud ik mijn autonomie
- hoe raak in niet geïsoleerd
- is er leven na de dood
- hoe zal het doodgaan zich voltrekken
- vragen rond omgaan met naasten
- vragen rond schaamte
- hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes
- hoe zinvol is verder behandelen nog
- hoe kan ik het leven loslaten
- vragen rond orgaandonatie
- vragen rond euthanasie
- waarom straft God mij
- heeft God hier een bedoeling mee
- waarom laat God mij in de steek
- waarom is er ziekte en lijden
- vragen rond hoop
- andere, namelijk

.....

28. Welke kennisbronnen gebruikt u in uw contacten met patiënten?

	sterk	matig	niet
- medisch technische kennis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- psychologische kennis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kennis over sociale verbanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kennis over existentiële vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kennis over geloof/spiritualiteit/levensbeschouwing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- eigen levenservaringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- intuïtie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Welke houdingen kenmerken uw contact met de patiënten?

	sterk	matig	niet
- de houding van de deskundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een houding waarin de patiënt als volwaardige gesprekspartner tot zijn recht komt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de houding van ondersteuner in het keuzeproces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een leidende houding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een houding van empathie en betrokkenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een houding waarin eerlijkheid en duidelijkheid rondom de ziekte voorop staan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een houding van gepaste distantie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Welke vaardigheden gebruikt u in het contact met uw patiënten?

	sterk	matig	niet
- informeren over de ziekte, het verloop, de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- luisteren, mensen hun verhaal laten doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- exploreren van de impact van de ziekte op sociale relaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- exploreren van de impact van de ziekte op het psychisch welbevinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- doorvragen naar de betekenis van de ziekte voor het leven van de patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- doorvragen naar de verwachtingen die de patiënt heeft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de patiënt confronteren met de consequenties van de ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- advies geven over de beste behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de patiënt wijzen op een verkeerde levensstijl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hoop bieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de ernst van de ziekte relativeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- emotioneel ondersteunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verwijzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. CONTACT MET ANDERE BEROEPSGROEPEN

Dan volgt nu een blok vragen over de mate waarin en de manier waarop u samenwerkt met andere beroepsgroepen.

31. *In welke mate werkt u in de zorg voor de patiënt samen met de volgende beroepsgroepen?*

	sterk	matig	niet
- verpleegkundigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fysiotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- psychologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diëtisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- maatschappelijk werkers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- geestelijk verzorgers in ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- geestelijken buiten het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. *Wat vindt u van de intensiteit van de samenwerking met deze beroepen?*

	zou intensiever kunnen zijn	moet blijven zoals het is	zou minder intensief kunnen zijn
- verpleegkundigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- fysiotherapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- psychologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diëtisten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- maatschappelijk werkers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- geestelijk verzorgers in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- geestelijken buiten het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. *Hoe vaak verwijst u door naar een geestelijk verzorger?*

vaak regelmatig zo nu en dan (bijna) nooit

34. *Bij welke onderwerpen verwijst u door naar een geestelijk verzorger? Meerdere keuzes zijn mogelijk.*

- naderende dood
- rituelen bij het levenseinde
- problemen in de familie
- euthanasie
- orgaandonatie
- lijdensdruk
- schuldgevoelens
- al dan niet doorbehandelen

- eenzaamheid
 - angst
 - somberheid
 - existentiële/spirituele crisis
 - conflicten rond geloof
 - levensbalans opmaken
 - identiteitsproblematiek
 - andere onderwerpen, namelijk
-
-

35. In welke mate dragen de volgende zaken bij aan de beslissing om een geestelijk verzorger bij de zorg voor een patiënt te betrekken?

	sterk	matig	niet
- langdurige opname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het uitbehandeld of terminaal zijn van een patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het uitdrukkelijk verzoek van een patiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- persoonlijk bekend zijn met de geestelijk verzorger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vertrouwen dat de geestelijk verzorger uitstraalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Acht u het wenselijk dat geestelijk verzorgers betrokken zijn bij het multidisciplinair overleg over patiënten?

-- ja, omdat

-- nee, omdat

V. BEHOEFTE AAN BIJSCHOLING

In dit voorlaatste blok vragen gaat het over de behoefte aan bijscholing die u heeft als het gaat over omgaan met zingevingvragen.

37. Geef aan in hoeverre u behoefte heeft aan bijscholing op de volgende gebieden.

	sterk	matig	niet
- de relatie tussen geloof/spiritualiteit/levensbeschouwing en gezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het waarnemen van zingevingvragen opgeroepen door ziekte of ziekenhuisopname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gespreksvoering betreffende existentiële en morele aspecten van de behandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de relatie tussen eigen biografie en handelen als arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- kennis van de opvattingen en gebruiken binnen het christendom
 - kennis van de opvattingen en gebruiken binnen andere religies
 - medische ethiek
 - andere gebieden, namelijk:
-
-

38. Welke vormen van bijscholing hebben dan uw voorkeur?

- | | sterk | matig | niet |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - intervisie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - intern onderwijs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - leren van andere artsen die op dit gebied ervaren zijn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - aanbod van de dienst geestelijke verzorging | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

39. Wanneer er intervisiebijeenkomsten plaats zouden vinden rond behandeling en benadering van patiënten zou u daarbij de geestelijk verzorger uitnodigen?

-- ja, omdat.....

-- nee, omdat.....

VI. PERSOON EN LEVENSBESCHOUWING

Dit slotgedeelte vraagt nog naar enkele achtergrondgegevens.

40. Mijn leeftijd is:jaar

41. Ik ben: man vrouw

42. Ik beschouw mezelf als:

- religieus ingesteld ja nee
- spiritueel ingesteld ja nee
- levensbeschouwelijk ingesteld ja nee
- behorend tot een religieuze/spirituele of levensbeschouwelijke groepering ja nee

43. Met welke stroming voelt u zich het meest verwant?

- Christendom: rooms-katholiek
- Christendom: protestant
- Islam
- Hindoeïsme
- Boeddhisme
- Jodendom
- New Age
- Nieuwe spiritualiteit
- Humanisme
- Atheïsme
- Agnosticisme
- Andere stroming, namelijk
- Geen enkele stroming

44. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen:

	helemaal oneens	helemaal mee oneens	niet eens/ niet oneens	mee eens	helemaal mee eens
	1	2	3	4	5
Ik probeer mijn geloof/spiritualiteit/levensbeschouwing tot uitdrukking te brengen in het dagelijks leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn geloof/spiritualiteit/levensbeschouwing staat aan de basis van mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ervaar de aanwezigheid van het goddelijke/heilige/de bestaansgrond in mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Heeft u in uw levensloop een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt, die (mede) bepalend is voor hoe u omgaat met zingevingvragen van patiënten?

- ja, in mijn jeugd
- ja, tijdens mijn opleiding
- ja, tijdens mijn werkzaamheden
- nee

Kunt u kort toelichten wat de kern van deze gebeurtenis was:

.....

.....

.....

.....
...
46. *Waarom ontleent u steun bij het omgaan met moeilijke omstandigheden in uw persoonlijk leven? Wilt u aankruisen wat van toepassing is. Meerdere keuzes zijn mogelijk.*

- contacten met partner of binnen het gezin/de familie
- contacten met vrienden
- contacten met collegae
- sport
- ontspanning in de natuur
- lezen
- kunst
- spiritualiteit/religie
- werk
- anders, namelijk.....

Op- en aanmerkingen

Op deze laatste bladzijde van de vragenlijst kunt u nog uw op- en aanmerkingen over de vragenlijst of over het thema 'zingevingvragen in het contact tussen patiënt en medisch specialist' kwijt. Misschien hebt u nog ervaringen die u onvoldoende in de vragen tot uitdrukking heeft kunnen brengen. Hier is ruimte om ze alsnog te verwoorden.

Bijlage 2; statistische gegevens in tabel

UMC

CVPPP

1. Beschrijving van de respondentengroep:

Van de groep die de vraag naar sekse beantwoordt, is 46% man en 54% vrouw.	Alle vijf de respondenten zijn man (100%).
De gemiddelde leeftijd van de groep die de vraag naar leeftijd beantwoordt, is 41,5 jaar	De gemiddelde leeftijd is 47,2 jaar.
behoren tot een levensbeschouwelijke groepering 30% ja 70% met nee.	Alle vijf de respondenten zijn lid van een levensbeschouwelijk genootschap (kerk; 100%).
Met welke stroming zij zich verwant voelen, zegt 40% Christelijk (30% Rooms Katholiek en 10% protestant), 20% atheïst, 40% geeft aan een andere levensovertuiging te hebben (variërend van nieuwe spiritualiteit tot boeddhisme).	Alle psychiaters zien zichzelf als Christelijk(100%); Vier psychiaters zijn protestant (80%), een psychiater is Rooms Katholiek (20%).
33 % beschouwt zichzelf als religieus en 67% als niet religieus.	Alle vijf beschouwen zij zichzelf als religieus (100%).
50% van de groep die de vraag naar spiritualiteit heeft ingevuld, beschouwt zichzelf als spiritueel, 50% als niet spiritueel.	Slechts één psychiater beschouwt zichzelf als spiritueel ingesteld (20%).
Van de groep die de vraag heeft ingevuld, beschouwt 91% zichzelf als levensbeschouwelijk ingesteld.	Alle respondenten beschouwen zichzelf als levensbeschouwelijk ingesteld (100%).

2. Bronnen waaraan de psychiaters zelf steun ontleen:

Bijna 65% ontleent steun aan de partner/ het gezin/ de familie.	Iedereen (100%) ontleent steun aan de partner/ het gezin/ de familie.
Twee derde van de respondenten (67%) ontleent steun aan contacten met vrienden.	Iedereen (100%) ontleent steun aan contacten met vrienden.
Ongeveer 21% ontleent steun aan sport.	20% ontleent steun aan sport.
Ongeveer 36% ontleent steun aan kunst.	20% ontleent steun aan kunst.
Ongeveer 21% ontleent steun aan de eigen religie/ spiritualiteit.	80% ontleent steun aan de eigen religie/ spiritualiteit.

3. Beroepsmotieven:

Van de groep die "zorg verlenen aan patiënt" beantwoordt, geven allen aan dat dit van toepassing is; 43% omschrijft dit als sterk van toepassing, 57% als van toepassing.	100% geeft aan dat "zorg verlenen aan patiënt" dit van toepassing is.
Betrokken zijn bij de patiënt vindt 100% een belangrijk beroepsmotief.	Betrokken zijn bij de patiënt vindt 80% een belangrijk beroepsmotief.
Het werk goed doen vindt iedereen belangrijk (100%).	Het werk goed doen vindt iedereen belangrijk (100%).

4. Herkenning van patiëntsignalen m.b.t. zingevingaspecten van het ziek zijn:

Herhaald terugkeren van thematiek in gesprekken; 57% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.	Herhaald terugkeren van thematiek in gesprekken; 80% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.
Kwaadheid; 36% zegt zingevingvragen hieraan te herkennen.	Kwaadheid; 20% zegt zingevingvragen hieraan te herkennen.
Stagnatie in het accepteren van het veranderde lichaam; 14% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.	stagnatie in het accepteren van het veranderde lichaam; 20% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.
Verminderde eetlust; 14% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.	Verminderde eetlust; 0% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.
Fixatie op gezond worden; 14% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.	Fixatie op gezond worden; 20% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.
Extreem gedrag; 14% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.	Extreem gedrag; 20% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.
Ongeremdheid in verdriet; 14% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.	Ongeremdheid in verdriet; 0% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.
Angst; 36% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.	Angst; 0% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.
Verbetering van relaties met belangrijke anderen; 21% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.	Verbetering van relaties met belangrijke anderen; 20% zegt hieraan zingevingvragen te herkennen.
Richten op nieuwe levensdoelen; 43% geeft aan hieraan zingevingvragen te herkennen.	Richten op nieuwe levensdoelen; 80% geeft aan hieraan zingevingvragen te herkennen.

5. De soort zingevingvragen die psychiaters tegenkomen:

Is het rechtvaardig?; 33% ziet deze vraag in de behandeling.	Is het rechtvaardig?: 20% ziet deze vraag in de behandeling.
Hoe komt het?; 75% diegenen die hebben geantwoord beschouwt dit als zingevingsvraag.	Hoe komt het?; 100% beschouwt dit als zingevingsvraag in de behandeling.
Hoe lang nog?; 25% van degenen die hebben beantwoord beschouwt dit als zingevingsvraag.	Hoe lang nog?: 20% beschouwt dit als zingevingsvraag in de behandeling.
Wat is mijn schuld?; 58% van de psychiaters die hebben beantwoord beschouwt dit als zingevingsvraag in de behandeling.	Wat is mijn schuld?: 100% beschouwt dit als zingevingsvraag in de behandeling.
Is er leven na de dood? 8% van de psychiaters die hebben beantwoord beschouwt dit als zingevingsvraag in de behandeling.	Is er leven na de dood?: 0% beschouwt dit als zingevingsvraag in de behandeling.
Hoe zal het doodgaan zich voltrekken? 17% die hebben beantwoord zegt dat dit als zingevingsvraag in behandeling.	Hoe zal het doodgaan zich voltrekken? 0% van de psychiaters beschouwt dit als zingevingsvraag in de behandeling.
Vragen over omgaan met de naasten; 25% van degenen die de vraag hebben beantwoord zegt dat dit als zingevingsvraag in de behandeling.	Vragen over omgaan met de naasten; 0% van de psychiaters beschouwt dit als zingevingsvraag in de behandeling.
Hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes?; 17% van degenen die hebben beantwoord zegt dat dit in gesprekken aan de orde komt.	Hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes?; 80% zegt dat dit als zingevingsvraag in gesprekken aan de orde komt.

Hoe kan ik het leven loslaten?; 8% van degenen die hebben beantwoord zegt dat dit als zingevingsvraag in gesprekken aan de orde komt.	Hoe kan ik het leven loslaten?; 0% zegt dat dit als zingevingsvraag in gesprekken aan de orde komt.
Vragen rond orgaandonatie; 8% van degenen die hebben beantwoord zegt dat dit als zingevingsvraag in gesprekken aan de orde komt.	Vragen rond orgaandonatie; 0% zegt dat dit als zingevingsvraag in gesprekken aan de orde komt.
Vragen rond euthanasie; 8% van degenen die hebben beantwoord zegt dat dit als zingevingsvraag in gesprekken aan de orde komt.	Vragen rond euthanasie; 0% zegt dat dit als zingevingsvraag in gesprekken aan de orde komt.
Heeft God hier een bedoeling mee?; 17% van degenen die hebben beantwoord zegt dat dit als zingevingsvraag in gesprekken aan de orde komt.	Heeft God hier een bedoeling mee?; 80% zegt dat dit als zingevingsvraag in gesprekken aan de orde komt.
Waarom is er ziekte en lijden?; 20% van degenen die hebben beantwoord zegt dat dit als zingevingsvraag in gesprekken aan de orde komt.	Waarom is er ziekte en lijden?; 20% zegt dat hij deze vraag ziet in de behandeling.
vragen rond hoop; 33% van degenen die hebben beantwoord ziet dit als zingevingsvraag in de behandeling.	Vragen rond hoop; 20% zegt dat hij deze vraag ziet in de behandeling.

6. Positieve invloed van geloof/ spiritualiteit/ levensbeschouwing:

de ziekte krijgt zin en betekenis; 50% van degenen die deze vraag hebben ingevuld vinden dat matig tot niet waar.	de ziekte krijgt zin en betekenis; 100% vindt dat matig tot niet waar.
Men vindt geborgenheid bij het goddelijke/ de heilige bestaansgrond; 82% vindt dit sterk tot matig waar.	Men vindt geborgenheid bij het goddelijke/ de heilige bestaansgrond; 100% vindt dit sterk tot matig waar.
(Religieuze) rituelen helpen; 82% van degenen die dit hebben ingevuld vindt dit sterk tot matig waar.	(Religieuze) rituelen helpen; 100% ervaart dit als matig waar.
Geestelijk verzorgers bieden steun; 82% van degenen die dit hebben ingevuld vindt dit sterk tot matig.	Geestelijk verzorgers bieden steun; 100% vindt dit sterk tot matig waar.

7. Negatieve invloed van geloof/ spiritualiteit/ levensbeschouwing:

de patiënt voelt zich door God verlaten; 64% ervaart dit als matig tot sterk waar.	de patiënt voelt zich door God verlaten; 100% ervaart dit als matig waar.
--	---

8. Belang dat psychiaters hechten aan:

Ingaan op zingevingvragen; allen vinden dit belangrijk, 73% acht dit sterk van belang.	Ingaan op zingevingvragen; allen vinden dit belangrijk, 80% acht dit van sterk belang.
Begeleiden van patiënten met zingevingvragen; acht iedereen van belang, 46% daarvan sterk.	Begeleiden van patiënten met zingevingvragen; iedereen acht dit van belang, 20% sterk.

9. De psychiater geeft aan dat in behandeling zingevingvragen aan de orde komen:

Iedereen geeft aan dat deze vragen aan de orde komen; zowel ingebracht door de patiënt, als door de psychiater, zegt 55%.	Iedereen zegt dat deze vragen aan de orde komen; zowel ingebracht door de patiënt, als door de psychiater, zegt 80%.
---	--

10. Omgaan met zingevingvragen:

Geen enkele psychiater (0%) geeft aan zingevingvragen niet te herkennen.	Geen enkele psychiater (0%) geeft aan zingevingvragen niet te herkennen.
Ongeveer 43% herkent een zingevingsvraag in de vraag 'waarom ik'.	80% herkent een zingevingsvraag in de vraag 'waarom ik'.
50% zegt een zingevingsvraag te zien in de formulering; 'wat kan ik er aan doen'.	20% zegt een zingevingsvraag te zien in de formulering; 'wat kan ik er aan doen'.
29% zegt een zingevingsvraag te zien in de formulering; 'hoe lang nog'.	0% zegt een zingevingsvraag te zien in de formulering; 'hoe lang nog'.
Van de psychiaters die de vraag hebben ingevuld zegt 50% een zingevingsvraag te zien in de formulering; 'wat is mijn schuld, verantwoordelijkheid'.	100% zegt een zingevingsvraag te zien in de formulering; 'wat is mijn schuld, verantwoordelijkheid'.
Van de psychiaters die de vraag hebben ingevuld zegt 50% een zingevingsvraag te zien in de formulering; 'hoe behoud ik mijn autonomie'.	20% zegt een zingevingsvraag te zien in de formulering; 'hoe behoud ik mijn autonomie'.
Bijna 36% van de psychiaters geeft aan een zingevingsvraag te zien in de formulering; 'hoe raak ik niet geïsoleerd'.	0% geeft aan een zingevingsvraag te zien in de formulering; 'hoe raak ik niet geïsoleerd'.
7% ziet een zingevingsvraag te zien in de formulering; 'is er leven na de dood'.	0% geeft aan een zingevingsvraag te zien in de formulering; 'is er leven na de dood'.
7% ziet een zingevingsvraag te zien in de formulering; 'hoe zal het doodgaan zich voltrekken'.	0% geeft aan een zingevingsvraag te zien in de formulering; 'hoe zal het doodgaan zich voltrekken'.
21% zegt een zingevingsvraag te zien in de vraag; hoe om te gaan met naasten.	20% zegt een zingevingsvraag te zien in de vraag; hoe om te gaan met naasten.
36% zegt een zingevingsvraag te herkennen in de vraag; 'hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes'.	80% zegt een zingevingsvraag te herkennen in de vraag; 'hoe ga ik om met spijt over in het leven gemaakte keuzes'.
7% ziet een zingevingsvraag in vragen rondom euthanasie.	0% geeft aan een zingevingsvraag te zien in vragen rondom euthanasie.
ongeveer 21% zegt een zingevingsvraag te herkennen in; 'hoe zinvol is verder behandelen nog.'	0% ziet een zingevingsvraag in; 'hoe zinvol is verder behandelen nog.'
ongeveer 21% zegt een zingevingsvraag te herkennen in; 'hoe kan ik het leven loslaten.'	0% zegt een zingevingsvraag te herkennen in; 'hoe kan ik het leven loslaten.'
ongeveer 21% ziet een zingevingsvraag in; 'heeft God hier een bedoeling mee.'	80% zegt een zingevingsvraag te herkennen in; 'heeft God hier een bedoeling mee.'
ongeveer 14% zegt een zingevingsvraag te herkennen in; 'waarom laat God mij in de steek.'	80% zegt een zingevingsvraag te herkennen in; 'waarom laat god mij in de steek.'
ongeveer 29% zegt een zingevingsvraag te herkennen in vragen rond hoop.	20% zegt een zingevingsvraag te herkennen in vragen rond hoop.
ongeveer 29% zegt een zingevingsvraag te herkennen in; 'waarom is er ziekte en lijden.'	20% een zingevingsvraag te herkennen in; 'waarom is er ziekte en lijden.'

11. Welke kennisbronnen gebruikt u in contact met patiënten?

Vooral medisch technische kennis zegt 90% van degenen die deze vraag hebben ingevuld.	Vooral medisch technische kennis zegt 80% van de psychiaters.
Vooral psychologische kennis zegt 100% van degenen die deze vraag hebben ingevuld.	Vooral psychologische kennis zegt 100% van de psychiaters.
Kennis over geloof/ spiritualiteit en levensbeschouwing; hier is 80% het sterk tot matig mee eens.	Kennis over geloof/ spiritualiteit en levensbeschouwing; zegt 100% van de psychiaters.

12. Welke houding is kenmerkend in uw contact met de patiënt?

Een leidende houding; zegt 82% van degenen die deze vraag hebben ingevuld.	Een leidende houding; zegt 100% van de psychiaters.
Houding van empathie en betrokkenheid; dit is in sterke mate het geval zegt 82% van degenen die deze vraag hebben ingevuld.	Houding van empathie en betrokkenheid; dit is in sterke mate het geval zegt 100% van de psychiaters.

13. Welke vaardigheden gebruikt u in contact met patiënten?

Luisteren, mensen hun verhaal laten doen; 82% van degenen die hebben beantwoord zegt dit in sterke mate te doen.	Luisteren, mensen hun verhaal laten doen; 80% zegt dit in sterke mate te doen.
Exploreren van de impact van de ziekte op sociale relaties; 73% van degenen die hebben beantwoord zegt dit in sterke mate te doen.	Exploreren van de impact van de ziekte op sociale relaties; 20% zegt dit in sterke mate te doen.
Exploreren van de impact van de ziekte op het psychisch welbevinden; 91% van degenen die hebben beantwoord zegt dit in sterke mate te doen.	Exploreren van de impact van de ziekte op het psychisch welbevinden; 20% zegt dit in sterke mate te doen.
Advies geven over de behandeling; 91% van degenen die hebben beantwoord zegt dit in sterke mate te doen.	Advies geven over de behandeling; 20% zegt dit in sterke mate te doen (80% matig).
Emotioneel ondersteunen; 73% van degenen die hebben beantwoord zegt dit in sterke mate te doen.	Emotioneel ondersteunen; 20% zegt dit in sterke mate te doen (80% matig).
Verwijzen; 9% van degenen die hebben beantwoord zegt dit in sterke mate te doen (91% matig).	Verwijzen; 0% van degenen die hebben beantwoord zegt dit in sterke mate te doen (100% matig).

Geraadpleegde literatuur en websites

Alma, H.A., (2005), *De parabel van de blinden. Psychologie en het verlangen naar zin*. Amsterdam: SWP, blz8-10.

Alma, H.A., (2005), Humanisme en christendom als bronnen van zingeving in 'Humanisme en religie; controverses, bruggen, perspectieven', bundel o.r.v. Duyndam, J., Poorthuis, M. en de Wit, T., Eburon. Delft, blz. 339 - 354.

Beroepsstandaard Vereniging voor Geestelijk Verzorgers in de Gezondheidszorg (VGVZ).

Bos, T., (2009), Advisering in levensbeschouwing, zingeving en spiritualiteit., in: Doolaard, J. *Nieuw handboek geestelijke verzorging*, Kampen: Kok, blz. 308-317.

Debats, D.L.H.M., (1996), 'Meaning in Life', *psychometric, clinical and phenomenological aspects*, Groningen: RijksUniversiteit Groningen, blz 3, 9, 150-153.

Delleman O. R. J., (2008), *Naar een integrale psychiatrie. De psychiater als specialist van gemankeerde zingeving en de patiënt als vormgever van het herstelproces*. Oisterwijk: BOX press

Glas, G. (1999), *Broodnodige aandacht voor levensbeschouwing*. De Psychiater, jrg. 6, nr.2

Hofman - de Groot, M.I.N. (2008), *Heeft u verder nog vragen? De aandacht voor en de plaats van zingevingvragen in de GGZ*, doctoraalscriptie Pastorale Psychologie, faculteit Godgeleerdheid Universiteit van Utrecht, blz 3 - 35.

Hijweege, N.M. en Pieper, J.Z.T., (2006), *Zingeving in het contact tussen arts en patiënt*, blz. 1-14.

Hutschemaekers, G. en Festen, T., (2004), Waarover praten zij? Over hulpvragen van cliënten en antwoorden van hulpverleners, in: *Vragen naar zin, het perspectief van de GGZ cliënt*. KSGV, Nijmegen : Mac Donald/ SSN bv. Nijmegen, blz. 15-32.

Lang, Y. M. C., (1998), *Geestelijke verzorging. De existentiële begeleiding in de psychiatrische hulpverlening*. Utrecht: SWP, blz. 7.

Lans, J. Van der., (2006), Zingeving en zingevingfuncties van religie bij stress, in 'Religie ervaren; godsdienstpsychologische opstellen' bundel o.r.v. Van Heeswijk, A., Kerssemakers, J., Van Uden, R., Vergouwen L. en Zock, H., Tilburg: KSGV, blz. 72 - 127.

Lockhorn, E. (16 mei 2008), Psychiater René Kahn: wij zijn er niet voor levensvragen, in: *Vrij Nederland*.

Loenen van G., Veranderen of zingeving?, in: Kaasenbrood A.J.A., Kuipers T., Werf B. van der (2004), *Dilemma's in de psychiatrische praktijk*, Houten: Bohn Stafleu en van Loghum, blz. 31-32.

Loenen van G., (2005), Voor de geest staan, in: *Zorg voor zingeving als taak van de geestelijke gezondheidszorg*. KSGV, Nijmegen: Mac Donald/ SSN bv. Nijmegen, blz. 29-31.

Mooren, J.H. (1998), Zingeving en cognitieve regulatie, een conceptueel model ten behoeve van onderzoek naar zingeving en levensbeschouwing, in: *Schering en inslag*. Nijmegen: KSGV, blz. 193 - 206.

Pargament, K. I., (1997), *The psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York: The Guilford Press, blz. 126, 162.

Pieper, J.Z.T en Van Uden, M.H.F. (1996), *Religie in de geestelijke gezondheidszorg*, KSGV, Nijmegen : Mac Donald/ SSN bv. Nijmegen, blz. 38 - 39, 62.

Pieper, J.Z.T., en Uden, M.H.F. van, (2003), Geloof en levensbeschouwing binnen het referentiekader van psychotherapeuten, in: Van Ree, F., *GGZ en levensbeschouwing. Psychiatrische hulp aan Nederlanders en Medelanders*, Lisse: Swets en Zeitlinger, blz. 39-52.

Ree van, F., (1997), Complete psychiatrie, een pleidooi., Lisse, Swets en Zeitlinger, blz. 45-55.

Ree van, F., (2000), *Levensbeschouwing en psychiatrie*, Lisse: Swets en Zeitlinger, blz. 16, 90-95, 98, 145-149.

Ree van, F., (2001), Het ontbrekende referentiekader, in Zock, T.H., Glas, G., *Religie in de psychiatrie*, KSGV, Nijmegen: Mac Donald/ SSN bv. Nijmegen, blz. 51-62.

Steemers-van Winkoop, M., (2000), Over omgaan met zin en zingeving bij chronisch zieken, in: Kirkels, V., *Chronische zorg, zingeving en zinbeleving*, Nijmegen: Valkhof Pers, blz. 109-116.

Yalom, I.D. (1980), *Existential Psychotherapy*, New York, Basic Books

Yalom, I.D. (2008), *Tegen de zon inkijken. Doodsangst en hoe die te overwinnen*. Amsterdam: Balans, blz. 144-145.

Zock, T.H., (2001), De toren van Babel, in Zock, T.H., Glas, G., *Religie in de psychiatrie*, KSGV, Nijmegen: Mac Donald/ SSN bv. Nijmegen, blz.10-21.