

*Prof.dr. P.J. Verhagen, dr. H.J.G.M. van Megen
en prof.dr. A.W. Braam (redactie)*

HANDBOEK

PSYCHIATRIE
EN RELIGIE

LEVENSBSCHOUWELIJKE DIVERSITEIT
IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Tweede, geheel herziene druk

Eerste druk, 2012

Tweede, geheel herziene druk, 2024

© Boom, 2024.

De Tijdstroom is een imprint van Koninklijke Boom uitgevers

Uitgegeven door Boom

Prinsengracht 747-751

1017 JX Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: Michiel van Kleef, Schoon Ontwerp, Utrecht

Verzorging binnenwerk: Sandra van Wingerden, Buro van Erkelens

ISBN 9789024458714

NUR 875

www.boom.nl

www.boom.nl/psychiatrie

INHOUD

Inleiding	7
■ <i>Het acroniem ELMO – Arjan Braam</i>	11
1 PSYCHISCHE STOORNISSEN EN RELIGIE, SPIRITUALITEIT EN ZINGEVING	
1 Psychosen en brua – Sarah Rhuggenaath en Jan Dirk Blom	15
2 Religieuze wanen en religieuze hallucinaties bij ouderen met psychose – Annemarie Noort en Arjan Braam	23
■ <i>Wat is bevinding?</i> – Piet Verhagen	32
3 Depressie - Arjan Braam en Harold van Megen	33
■ <i>Rooms-katholicisme</i> – Harold van Megen	43
4 Bipolaire stoornis – Eva Ouwehand en Arjan Braam	45
■ <i>Soefisme</i> – Eva Ouwehand	54
5 Obsessieve-compulsieve stoornis – Harold van Megen en Hanneke van Dijk-du Mortier	55
■ <i>Kenschets van moslims in Nederland</i> – Piet Verhagen	63
6 Angst – Harold van Megen en Arjan Braam	65
■ <i>Vrijzinnig protestantisme</i> – Arjan Braam	73
7 Complex trauma na ritueel misbruik – Desiree Tijdink, Christel Kraaij en Arjan Braam	75
■ <i>Complotdenken, de waan en religieuze overtuiging</i> – Harold van Megen	86
8 Seksueel geweld in de Rooms-Katholieke Kerk – Arthur Hegger	89
9 Persoonlijkheidsstoornissen – Angeliën Steen, Sylvie de Kubber en Arjan Braam	99
■ <i>Nieuwe spiritualiteit</i> – Angeliën Steen	109
10 Suïcidaliteit, psychopathologie, religie en spiritualiteit – Bart van den Brink	111
■ <i>In relatie tot een heilige tekst: het jodendom</i> – Arjan Braam	119
11 Verslaving – Wubbo Scholte	121
12 Autisme – Hanneke Schaap-Jonker en Piet Verhagen	131

2 MULTIDISCIPLINAIR PERSPECTIEF

- 13 Een filosofisch perspectief op de relatie tussen psychiatrie, spiritualiteit en zingeving – *Gerrit Glas* 143
- *WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry* – *Piet Verhagen* 153
- 14 Cognitiewetenschappen en religie – *Hans Van Eyghen* 155
- *Natuurlijke religie* – *Hans Van Eyghen* 163
- 15 Klinische godsdienstpsychologie – *Hanneke Schaap-Jonker* 165
- 16 Psychoanalyse en psychiatrie – *Herman Westerink* 179
- *Kerncitaten uit beroemde psychoanalytische beschouwingen over religie* – *Herman Westerink* 190

3 AANVULLENDE BENADERINGEN

- 17 Religie in Nederland – *Joris Kregting* 195
- 18 Cultural Formulation Interview – *Hans Rohlof* 211
- 19 Religieuze geneeswijzen als bron van spiritualiteit en zingeving – *Cor Hoffer* 223
- *Objectieve meting en subjectieve ervaring* – *Piet Verhagen* 246
- 20 Zingeving en (ziels)verwante termen: een begripsverheldering – *Piet Verhagen en Arjan Braam* 247
- *Voortgaande secularisatie* – *Piet Verhagen* 259
- 21 Zingeving en spiritualiteit in de anamnese – *Bart Gooijer en Piet Verhagen* 261
- *Generieke module Zingeving in de psychische hulpverlening* – *Piet Verhagen* 276
- 22 Toegepaste godsdienstpsychologie: een psychotherapeutische casus – *Arthur Hegger en Piet Verhagen* 277
- 23 Geestelijke verzorging in de psychiatrie – *Hanneke Muthert en Piet Verhagen* 287
- Personalia 303
- Overzicht behandelde casuïstiek en religieuze achtergronden 305
- Register 307

INLEIDING

Na ruim tien jaar is er volop reden een geheel vernieuwde editie van het *Handboek psychiatrie, religie en spiritualiteit* uit te brengen, nu onder de titel *Handboek psychiatrie en religie*. De belangrijkste reden is wellicht dat in die periode de vraag naar en belangstelling voor religie, spiritualiteit en zingeving in de geestelijke gezondheidszorg is gestimuleerd en toegenomen. Dat vraagt om nadere uitleg. Bedoeld wordt dat de aandacht voor religie – het woord ‘religie’ in de titel van dit handboek verwijst naar het gehele domein van zingeving, inclusief religie, religieuze en niet-religieuze spiritualiteit, agnosticisme en atheïsme – uitdrukking heeft gekregen in de generieke modules, die onderdeel zijn van de Akwa GGZ-kwaliteitsstandaarden. Gezien de status van die standaarden is dat natuurlijk niet zomaar wat. Er is kennelijk bij patiënten – het gebruik van de aanduiding ‘patiënt’ heeft in dit handboek de voorkeur – en ggz-professionals een groeiende overtuiging dat aandacht voor religie wenselijk is in het kader van persoonlijk herstel, dat immers in principe alle levensdomeinen omvat, dus ook het religieuze domein. Uit bijvoorbeeld de generieke modules EPA (ernstige psychische aandoeningen), Herstelondersteuning en Naasten zijn op eenvoudige wijze de nodige aanwijzingen te destilleren. In dat kader staat de generieke module Zingeving in de psychische hulpverlening, die in mei 2023 werd gepubliceerd, niet op zichzelf. Deze laatstgenoemde module biedt de uitwerking die de andere modules met zoveel woorden niet konden bieden. Het verschijnen van deze module is bijzonder te noemen omdat een dergelijk kwaliteitsdocument over zingeving in de Nederlandse context geruime tijd geen prioriteit leek te hebben.

Nu lijkt het erop dat die aandacht voor zingeving ook wordt nagestreefd in alle ontwerpen met het woord ‘positieve’ vóór ‘gezondheid’, ‘psychiatrie’ en ‘psychotherapie’. Die aandacht is er trouwens eveneens in de leefstijlpsychiatrie. Het therapeutische streven is gericht op welbevinden, met aandacht voor zogeheten positieve psychosociale factoren, zoals veerkracht, optimisme en sociale verbondenheid. Men laat daarbij dikwijls niet na te wijzen op de bijdrage die thema’s uit religieuze en spirituele tradities en zingeving kunnen leveren aan welbevinden en weldoen in de zin van ‘goed zijn’ en ‘goed doen’.

Met het *Handboek psychiatrie en religie* willen we dit streven vanuit diverse invalshoeken verder helpen naar een zekere integratie van zingeving in de psychische hulpverlening als gewenste ontwikkeling, vergezeld van praktische adviezen. We willen dan ook de lezer de kans geven hier verder over na te denken aan de hand van casuïstiek, die de verwevenheid van zingeving met psychische stoornissen laat zien, én aan de hand van wetenschappelijke achtergronden.

De aandacht voor zingeving in de geestelijke gezondheidszorg speelt zich niet af in een niche. Daarvoor is de verwevenheid met wat zich afspeelt in de samenleving veel te sterk. Nederland en België worden gekenmerkt door een sterk gesecculariseerde samenleving. Feit is echter dat,

gesecculariseerd of niet, de traditionele religiositeit weliswaar sterk is afgenomen, maar dat zingeving actief beoefend wordt. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft onlangs in een drietal rapporten uitvoerig in beeld gebracht wat er in kerk en moskee én daarbuiten – ook het SCP gebruikt ‘religie’ als overkoepelende term – gaande is, mede in relatie tot de voortgaande secularisatie, die gekenmerkt wordt door een opvallende individualisering. De pluriformiteit is enorm en naast de gelovigen worden de niet-gelovigen, de spiritueel geïnteresseerden, de agnosten en de atheïsten in beeld gebracht. Die pluriformiteit komt ook tot uitdrukking in een variatie van oude en nieuwe termen waarmee stromingen of houdingen van mensen benoemd worden, zoals anonieme christenen, atheïstische katholieken, zwevende gelovigen, spirituele thuiswerkers, Tolkien-gelovigen en wintspirituelen.

Er is veel in deze SCP-rapporten wat uitnodigt om bij stil te staan. Het SCP wijst op een mogelijk forse uitdaging voor de toekomst. Het is niet ondenkbaar dat een grotere mentale (geestelijke) belasting voor het individu te verwachten is. Het individu moet en wil het immers steeds meer zelf uitzoeken wanneer het om zingeving gaat – zoeken naar de *meaning in life* in plaats van de *meaning of life*, die aangereikt wordt. Die belasting zou ook merkbaar kunnen worden in de geestelijke gezondheidszorg. Naast de individualisering wijst het SCP op de enorme diversiteit, die naar verwachting alleen maar zal toenemen en mogelijk een bron van spanningen (ongelijkheid, wantrouwen, conflicten) zal blijken te zijn. Beide factoren, de eventuele belastende uitdaging voor het individu en de mogelijk toenemende spanning tussen groepen, zullen waarschijnlijk niet voorbijgaan aan de geestelijke gezondheidszorg. Hoe fascinerend deze ontwikkelingen ook zijn, ze zijn niet zo verwonderlijk. Ze duiden ook niet op een naderend einde van het domein zingeving. Ze zijn deel van de even aanhoudende als wisselende ‘dynamiek van de steeds weer nieuwe vorming van idealen’, om de Duitse socioloog Hans Joas te citeren (*De macht van het heilige*, 2018).

Die aanhoudende dynamiek stelt de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg voor nog een andere uitdaging. Indertijd wees Charles Taylor in zijn *Een seculiere tijd* (2007) op wat hij de therapeutische wending noemde. Allerlei religieuze thema’s, zoals zonde, kwaad, verlossing, vergeving en wat ermee samenhangt, werden in het kader van ziekte geplaatst om behandeld te kunnen worden. Een mens is geen zondaar en lijdt dus ook niet onder de gevolgen van diens zonde. Klachten worden niet langer geïnterpreteerd als teken van een bepaalde religieuze werkelijkheid. Dat alles heeft de bedoeling ons te bevrijden van religieuze bevoogding. Taylor was daar echter niet alleen maar positief over. Er gaat namelijk iets verloren wat juist voor het religieuze wezenlijk lijkt: het spirituele perspectief, het zich verhouden tot het bestaan. Kunnen we dat nu ook verwachten ten aanzien van zingeving? Zingevingsthema’s die opgevat, geïnterpreteerd worden als ziekteverschijnselen? Daar lijkt het wel op. Wat valt er dan weg? Ook in dit handboek wordt geconstateerd dat er een grote overlap en vrijwel een tautologie lijkt te bestaan tussen zingevingsthema’s en psychologische functies, zoals het zelfbeeld, zelfgevoel, levensverhaal en welbevinden. Leidt dat niet opnieuw tot een tekort, deze keer een tekort aan zingeving? Zingevingsthema’s en psychologische functies vallen toch niet samen? De vragen die Taylor opwierp, zijn onverminderd actueel.

Had de eerste editie van dit handboek vooral een sterk theoretische inslag (in die zin kan het nog

steeds als naslagwerk functioneren), in deze herziene editie is de oriëntatie vooral klinisch gericht. In deel 1 komen in elk van de twaalf hoofdstukken – mede aan de hand van casuïstiek – typerende klinische situaties en ziektebeelden aan de orde. Die worden zo veel mogelijk uitgewerkt. Indien mogelijk volgt een onderbouwing vanuit wetenschappelijk onderzoek en natuurlijk vanuit de expertise van de auteurs. Daarnaast worden de casussen voorzien van een klinische redenering. Het format van de hoofdstukken in dit deel is dan ook zo veel mogelijk gelijkgehouden. Anders dan tot voor kort het geval was, zijn de onderzoeksbevindingen in belangrijke mate op Nederlands (lopend) onderzoek gebaseerd. Een aantal van die onderzoekers heeft ook een bijdrage geleverd aan dit handboek. In de delen 2 en 3 is casuïstiek trouwens eveneens volop aan de orde.

Met zoveel aandacht voor casuïstiek hopen we een aantal dingen te bereiken. Om te beginnen is dat de focus op het patiëntperspectief. Dat is van belang omdat inmiddels voldoende duidelijk is dat aandacht voor zingevingsvragen, waaronder religieuze of spirituele vragen, de werkrelatie tussen een patiënt en professional ten goede komt, de uitkomst van een behandeling positief kan beïnvloeden of negatieve uitkomsten kan helpen voorkomen. Daarmee is vervolgens ook *shared decision-making* aan de orde.

Vormen verschijnselen of symptomen altijd een stoornis of een ziekte? Kan het zijn dat sommige symptomen eerder – of in elk geval óók – duiden op de noodzaak tot zelfreflectie ('Waar sta ik?', 'Wie ben ik?')? Het is sowieso een valkuil om er te voorbarig of helemaal niet bij stil te staan. Dit zijn stuk voor stuk aandachtspunten die veel meer recht doen aan patiënten, hun verhaal en hun persoon. Het is aan de behandelaar om deze aandachtspunten op te nemen in een klinische redenering. We hopen vooral ook te bereiken dat de behandelaar op herkenbare wijze mogelijkheden ontdekt en kennis en inspiratie opdoet om daarmee de eigen praktijk te verrijken.

Deel 2 biedt in vier hoofdstukken enige theoretische achtergrond vanuit multidisciplinair perspectief. Filosofische en godsdienstpsychologische inzichten alsook de cognitieve wetenschap van religie komen aan bod. In deel 3 komen zeven aanvullende thema's aan de orde, waaronder het Cultural Formulation Interview, de diagnostiek en de toenemende en ook steeds meer erkende rol van de geestelijk verzorger (steeds meer een *research-informed profession*). Daarnaast vindt de lezer verspreid door het hele boek opzichzelfstaande katernen waarin een specifiek onderwerp beknopt wordt belicht. Het eerste katern volgt meteen na deze inleiding.

Wij als redacteuren zijn de auteurs zeer erkentelijk voor hun inzet en geduld bij de totstandkoming van dit handboek. Hannah Klein Haneveld van Boom uitgeverij heeft ons meer dan deskundig begeleid gedurende de voorbereidingen voor deze uitgave.

Piet Verhagen

Harold van Megen

Arjan Braam

najaar 2023

HET ACRONIEM ELMO

Arjan Braam

Qua attitude zijn een bepaalde eenvoud en goede wil met betrekking tot vragen over levensbeschouwing en zingeving onmisbaar (*keep it Easy*). Niet ingewikkeld doen: gewoon het onderwerp in gesprek brengen. Het enige instrument dat de hulpverlener daarbij altijd beschikbaar heeft en dat normatief onschuldig lijkt, is: luisteren (*Listen*). Het is goed om letterlijk 'stil te staan' en een voortijdig of ontijdig oordeel over iemands levensbeschouwing of iemands manieren van zingeving uit te stellen. Verder mag men laten merken dat het zoeken naar zin en het ervaren ervan iets normaal is (*Meaning is normal*). Niet elke uitwisseling over zingeving kan resulteren in onderling begrip. Zo kan bij de hulpverlener de affiniteit ontbreken met het type levensbeschouwing of de manier van zingeving zoals die zich aandienen. Ook kunnen eigen persoonlijke ervaringen, bijvoorbeeld met een strenge levensbeschouwing, hinderen. Verder kunnen bepaalde levensbeschouwelijke visies getuigen van intolerantie. Tenslotte kunnen de transculturele kennis of vaardigheden tekortschieten. In dergelijke gevallen is het de kunst dit te signaleren en anderen te vragen (*or ask Others*). Wie nu de hoofdletters van de Engelse termen tussen de haakjes achter elkaar zet, vindt het acroniem 'ELMO' (Braam, 2017). Deze letters corresponderen met de naam van een Muppet-personage met een ontwapenend karakter uit Jim Hensons *Sesamstraat*.

E – KEEP IT **E**ASY
L – **L**ISTEN
M – **M**EANING IS NORMAL
O – OR ASK **O**THERS

LITERATUUR

Braam, A.W. (2017). Towards a multidisciplinary guideline religiousness, spirituality and psychiatry: what do we need? *Mental Health, Religion & Culture*, 20(6), 579-588.

1

PSYCHISCHE STOORNISSEN
EN RELIGIE, SPIRITUALITEIT
EN ZINGEVING



PSYCHOSEN EN BRUA

Sarah Rhuggenaath en Jan Dirk Blom

1 INLEIDING

De scheidslijn tussen psychosen en religieuze belevingen is soms dun. In dit hoofdstuk bespreken wij een Antilliaanse vrouw die werd opgevoed met het rooms-katholicisme en brua, twee religies die van oudsher als tegenpolen worden beschouwd maar die ook overlap vertonen met elkaar. Omdat de vrouw psychotische uitspraken leek te doen, dienden bij het psychiatrisch onderzoek beide religies in ogenschouw te worden genomen. Immers, wie in de katholieke kerk zegt: ‘Het brood is het lichaam van Christus’ is niet noodzakelijk psychotisch. Hetzelfde geldt voor iemand die in brua gelooft en zegt dat haar trouwring is behekst. Om in dergelijke gevallen een zuivere diagnose te stellen is niet altijd eenvoudig. Daarom bespreken wij hier de casus in detail, bieden wij een beknopt overzicht van de wetenschappelijke literatuur over brua en eindigen wij met aanbevelingen voor de klinische praktijk.

1.1 BRUA IN CONTEXT

De naam brua (of *bruha*, volgens de Arubaanse spellingswijze) komt van het Spaanse woord *bruja* (‘heks’). Brua is de onofficiële religie – inclusief geneeswijzen en magisch-religieuze praktijken – die in het koloniale tijdperk haar oorsprong vond op de Benedenwindse Eilanden Aruba, Bonaire en Curaçao. Op de Bovenwindse Eilanden Sint-Maarten, Saba en Sint-Eustatius kent men een variant die *obeah* of *obia* heet. Net als voodoo, winti, santeria en candomblé, religies die elders in het Caribisch gebied worden beoefend, is brua een syncretisme met wortels in West-Afrikaanse

religies, het rooms-katholicisme en het geloof van de oorspronkelijke eilandbewoners, in dit geval de Arowakken, die de eilanden in het precolombiaanse tijdperk bereikten vanaf het vasteland van Zuid-Amerika.

Brua kent een orale traditie. Het weinige wat erover werd opgeschreven, stamt van Nederlandse (en in toenemende mate ook Antilliaanse) onderzoekers die deze religie niet van binnenuit hebben leren kennen. Hoewel de lokale uitwerking uiteen kan lopen, biedt brua een holistisch wereldbeeld waarbij de oorsprong van het universum wordt toegeschreven aan één levende bron, met daarin niet alleen dieren en mensen, maar ook geesten, goden en demonen. Ziekte en andere vormen van tegenslag worden niet noodzakelijk toegeschreven aan het lichaam of de geest, maar vaak aan een verstoring in het evenwicht tussen fysieke, mentale, sociale en spirituele elementen in het universum. De oplossing voor ziekte wordt daarom ook niet per se gezocht in somatische of psychiatrische interventies, maar in het herstel van het delicate evenwicht in het universum. Dat kan door middel van een consult bij de huisarts, chirurg of psychiater, maar zeker wanneer het alledaagse zaken betreft (zoals rugpijn of een onbeantwoorde liefde) of zaken waarvoor de geneeskunde geen goede oplossingen heeft (zoals een gemetastaseerd longcarcinoom of schizofrenie), kunnen ook andere wegen worden bewandeld. Die kunnen variëren van kruidengeneeskunde tot magie en toverij. Voor deze laatste methoden kan een *kurioso* of *hasidó di brua* (een traditioneel genezer) worden ingehuurd, die afhankelijk van de aard van de interventie een klein bedrag of een eenvoudige wederdienst kan vragen, maar soms ook een aanzienlijke som geld, zeker wanneer wordt gevraagd om anderen ongeluk te bezorgen. Naar verluidt kan hierbij zelfs de *almasola* om hulp worden gevraagd, de dienstknecht van de duivel of de duivel zelf, die volgens de overlevering in de zee verblijft en vanuit daar overal op de eilanden kan toeslaan. Vanwege de vele verhalen over vooral toverij heeft brua vaak een negatieve bijklank en bestaat een levendige handel in attributen ter bescherming hiertegen.

2 CASUS EN BESPREKING



Mevrouw Martina is 60 jaar en afkomstig van Curaçao. Zij woont ruim dertig jaar in Nederland en heeft twee volwassen kinderen. Het katholieke geloof is belangrijk voor haar. Elke week naar de kerk gaan doet zij niet meer, maar zij bidt wel dagelijks, soms ook 'in tongen'. Ze spreekt dan een taal die niet bestaat, maar die God volgens haar wel begrijpt. Hoewel zij is opgeleid als bejaardenverzorgster, doet zij alleen nog vrijwilligerswerk. Op het eiland heeft zij in haar jeugd verscheidene trauma's doorgemaakt. Sindsdien kampt zij met nachtmerries, herbelevingen en angst. Omdat ze ook akoestische hallucinaties en betrekkingswanen heeft, werd bij haar de diagnose schizofrenie gesteld. Mevrouw Martina weet dat zij deze diagnose heeft, maar gelooft dat haar ziekte het gevolg is van brua. Het zou allemaal zijn begonnen met haar moeder, die haar zou hebben mishandeld en ook brua 'voor haar zou hebben gezet'. Zo

zou de moeder de man van de patiënte (nu haar ex-man) hebben willen afpakken door haar trouwing te laten beheksen. Haar moeder zou ook gemeenschap hebben gehad met hem en zou hierop zwanger zijn geraakt. Door een miskraam op te wekken en de onrijpe vrucht in haar handen te nemen zou zij vervolgens de 7-jarige dochter van mevrouw Martina hebben behekst. Omdat zij bang was dat haar dochter zou sterven, raadpleegde zij een *kurioso*. Deze voerde voor 4000 euro een ritueel uit waarbij het kind in een doodskist werd gelegd, omringd door bloemen en kaarsen. De vader van het meisje moest hierop nieuwe kracht aan haar geven en zo de dood overwinnen. Door dit alles raakte mevrouw Martina zeer angstig. Ook ging zij stemmen horen die haar becommentarieerden. Omdat zij een buurvrouw ervan verdacht eveneens brua te beoefenen, meende zij dat daar de oorzaak lag. Maar nadat deze was verhuisd, bleef zij stemmen horen. De nachtmerries en herbelevingen verdwenen grotendeels na EMDR en de stemmen bij antipsychotica-gebruik. Wel hoort mevrouw Martina nog vaak kerkklokken en andere geluiden en heeft zij het gevoel te worden geduwd wanneer zij slaapt. Uit angst voor brua heeft zij geruime tijd behekste ringen gedragen als bescherming. Nu rookt zij haar huis regelmatig door en heeft zij er een beeld van San Miguel staan. Naar een *kurioso* wil zij niet meer gaan. Zij is ervan overtuigd dat haar geloof haar zal helpen om te herstellen en daarnaast volgt zij de adviezen op van haar psychiater.

In deze casus zien wij hoe mevrouw Martina worstelt met een viertal verklaringsmodellen voor haar klachten.

- 1 Een sociaal model, waarbij haar moeder en buurvrouw haar kwaad willen berokkenen.
- 2 Een religieus model, waarbij brua zowel de oorzaak als de oplossing is van haar klachten.
- 3 Een tweede religieus model, waarbij het katholicisme de weg vormt naar herstel.
- 4 Een biomedisch model, waarbij medicijnen en psychotherapie de klachten beheersbaar maken.

Een dergelijke combinatie van zienswijzen is voor personen afkomstig van de voormalige Nederlandse Antillen niet ongebruikelijk. In Nederland, maar ook op de eilanden zelf, maken Antillianen veelal gebruik van westerse gezondheidszorg. Hoewel 80% een christelijke opvoeding krijgt, groeit een vergelijkbaar grote groep op met het geloof in brua (Hoffer, 2009). Men hoort verhalen op school en op straat en velen zien familieleden brua beoefenen. Ervaringen die niet aan toeval zijn toe te schrijven, worden daarom al snel in verband gebracht met brua. Alles wat onverklaarbaar is, zou brua kunnen zijn en daar vallen ook verschijnselen onder die vanuit een biomedisch perspectief 'psychotisch' worden genoemd. Het Papiamentse woord *brua* betekent niet voor niets 'verward'. De DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) houdt in beginsel weinig rekening met dit scala aan zienswijzen. Wanneer wanen en akoestische hallucinaties langer dan een halfjaar bestaan, is de diagnose schizofrenie volgens dit handboek gerechtvaardigd. Middels het Cultural Formulation Interview bestaan wel mogelijkheden om dit te nuanceren, maar met de DSM in de hand is de diagnostiek in een geval als dit helder en kan hoogstens nog

worden gespeculeerd over de rol van trauma en psychotische kwetsbaarheid bij het ontstaan en onderhouden van de klachten. Dat de klachten naar de achtergrond verdwijnen met antipsychotica en psychotherapie, is misschien geen bewijs dat de gestelde diagnose correct is, maar wel een belangrijke aanwijzing.

3 WETENSCHAPPELIJKE INZICHTEN

De relatie tussen christendom en brua is complex. Brua wordt beschouwd als een syncretisme, een samensmelting van verscheidene religies. In dit geval gaat het om de religies van de Afrikaanse voorouders van tot slaaf gemaakten op de Benedenwindse Eilanden, het geloof van de Arowakken die deze eilanden oorspronkelijk bewoonden en het christendom dat werd geïntroduceerd door Europese kolonisten. Brua ontstond in de zestiende eeuw, toen de West-Indische Compagnie ermee begon Afrikanen tot slaaf te maken en ze via de Atlantische Oceaan naar de Benedenwindse Eilanden te vervoeren. Zoals Sereno (1948) beschreef in zijn klassieke studie over sociale structuren in het Caribische gebied, was het deze mensen verboden blij te geven van agressieve ideaties. Aanvankelijk werd dit vooral afgedwongen met repressie. Dit resulteerde evenwel in de behoefte om op afstand invloed te kunnen uitoefenen op lichamelijk, geestelijk, sociaal en materieel welzijn (door middel van magie) en in de behoefte om onopgemerkt een daad van agressie te kunnen verrichten (door toverij). De tweede drijfveer voor het ontstaan van brua was de behoefte aan identiteitsvorming. Weggerukt uit de eigen geografische en sociale omgeving zochten tot slaaf gemaakten naar manieren om hun geloof levend te houden en daarmee de onderlinge cohesie en identiteit. De derde drijfveer was de beperkte medische zorg die beschikbaar was. Dit bracht de noodzaak met zich mee om geneesmethoden te ontwikkelen op basis van bekende natuurgeneeswijzen en magisch-religieuze praktijken.

Doordat tot slaaf gemaakten zich op de eilanden niet konden onttrekken aan het gedachtegoed van de Nederlandse kolonisten en de inheemse Arowakken, ontstond brua uit de drie genoemde religieuze stromingen (Blom, Poulina & Van Gellecum, 2013). Vanwege de niet-christelijke elementen werd brua door de Rooms-Katholieke Kerk al snel in de ban gedaan. Brua is dan ook altijd een onofficiële religie gebleven op de eilanden, die is omringd door geheimzinnigheid en wordt beleden buiten het blikveld van de kerk en de overheid. Omdat brua echter deels is gebaseerd op het christendom en bijvoorbeeld de christelijke God (*Papa Dios* in het Papiaments) erkent als hoogste spirituele autoriteit, is in werkelijkheid geen sprake van een volstreekte religieuze tegenstelling. Dit verklaart ook waarom mevrouw Martina, net als zoveel Antillianen, steun zoekt bij beide religies, maar uiteindelijk de band met de God uit het christendom als hoogste goed beschouwt.

3.1 TABOE

Uit recent kwalitatief onderzoek in een psychiatrisch ziekenhuis in Nederland blijkt dat het geloof in brua actueel is bij 73% van de Antilliaanse patiënten die daar in behandeling zijn. Het bestaan van brua wordt door de meesten van deze patiënten als een gegeven aanvaard. Onder 29 geïnterviewden was 66% bereid ervaringen met brua te delen met de onderzoekers, hetzij van henzelf, hetzij van familieleden of kennissen. Zeven anderen (24%) erkenden wel ervaring te hebben met brua, maar schrokken ervoor terug om nadere details te delen (Punski-Hoogervorst, Rhuggenaath & Blom, 2022; Blom e.a., 2015). Dit laatste is voor deze groep patiënten niet ongewoon. Vanwege het grote taboe dat rust op brua, en zeker op magie en toverij, wordt hierover zelden openlijk gesproken (Minkenberg & Blom, 2015). Overigens beaamden alle geïnterviewden terughoudend te zijn over dit onderwerp naar hun behandelaars. Slechts één patiënt had eerder over brua gesproken met de psychiater, maar alleen nadat deze er expliciet naar had gevraagd. Van alle geïnterviewden zei 69% dat ook wel te willen, maar alleen indien de behandelaar dezelfde culturele achtergrond zou hebben of op zijn minst goedgeïnformeerd zou zijn over brua.

3.2 BESCHERMING

Onder degenen die zeiden niet te geloven in brua, was de meerderheid er desondanks angstig voor. De uitspraak niet te geloven in brua leek dan ook vaak een manier te zijn om aan te geven dat men zichzelf beschouwde als een goed christen, niet zozeer dat men het bestaan van brua ontkende. Sterker nog, in de groep die aangaf niet in brua te geloven, was het gebruik van (magische) attributen als bescherming tegen brua een fractie groter dan in de groep die meldde hierin wel te geloven (38% versus 28%). Wel ging het vaak om attributen uit de christelijke traditie, zoals een rozenkrans, een kruis, wijwater en heiligenbeelden. Daarnaast beweerden alle patiënten die zeiden niet bang te zijn voor brua, dat God hen hiertegen zou beschermen. Slechts 7% zei het consulteren van een *kurioso* te overwegen, zonder daarbij overigens de reguliere psychiatrische zorg op het spel te willen zetten.

3.3 PSYCHOACTIEVE STOFFEN

Volgens Rutton (2003) is het belangrijk voor behandelaars zich te realiseren dat consulten bij een *kurioso* kunnen uitmonden in het voorschrijven van psychoactieve stoffen. Hoewel geen van de patiënten uit het onderzoek aangaf deze ooit te hebben gebruikt, bestaat theoretisch de kans dat hiermee middelengeïnduceerde psychosen ontstaan. Dit kan het diagnostisch proces – en uiteraard ook de behandeling – danig compliceren. Toch behoren niet alle kruiden uit het repertorium van de *kurioso* hiertoe. Natuurlijke producten uit de lokale flora en fauna worden geregeld voorgeschreven voor eenvoudige kwalen, zoals buikpijn, hoofdpijn, stress en vermoeidheid (Veeris, 2010). Voor veel

Antillianen valt dit onder de kruidengeneeskunde en niet zozeer onder brua. Ook personen die niet geloven in brua, maken hier frequent gebruik van. Onder de geïnterviewden beaamde 35% dit, terwijl geen van hen dit zag als een vervanging voor de door de arts voorgeschreven medicatie. Allen beweerden de medicatie van hun psychiater te gebruiken zoals voorgeschreven en hierover tevreden te zijn (Punski-Hoogervorst, Rhuggenaath & Blom, 2022; Rhuggenaath & Blom, 2018).

3.4 GELOOF IN BRUA

Het zou interessant zijn een vergelijkbare studie uit te voeren onder Antillianen die niet in zorg zijn bij de psychiatrie. Een ongepubliceerde scriptie van de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit Leiden laat zien dat in Nederland het geloof in brua onder Antillianen zonder ervaring in de psychiatrie even groot is als onder psychiatrische patiënten (Parsowa, 2020). Het ging weliswaar om kleine aantallen geïnterviewden (22 patiënten en 10 gezonde proefpersonen), maar deze eerste verkennende studie wijst erop dat de neiging om psychische klachten toe te schrijven aan brua vooral samenhangt met de kennis die men heeft van brua en de ervaring die men hiermee heeft opgedaan. Opvallend genoeg behoorden een psychiatrische ziekte en ook het opleidingsniveau niet tot de factoren die dit bepaalden.

3.5 CULTUURSENSITIEF WERKEN

De les die hieruit kan worden getrokken, is dat uitspraken van personen afkomstig van de voormalige Nederlandse Antillen over (oorzaken van) psychische klachten nauwkeurig op waarde moeten worden geschat. Hulpverleners die niet bekend zijn met brua en het bijbehorende idioom, zullen mogelijk snel de indruk krijgen dat sprake is van magisch denken of zelfs van wanen, terwijl het niet alleen onder psychiatrische patiënten gebruikelijk is om te geloven in magische rituelen, behekste ringen en de rol van katholieke heiligen bij het afwenden van onheil. Zoals bij mevrouw Martina sprake was van sociale, religieuze en biomedische factoren die meegewogen dienden te worden, is dat bij al onze contacten met Antilliaanse patiënten het geval. Daarbij dient ook de somatiek niet vergeten te worden, zoals wordt geïllustreerd door een casus over een Arubaanse vrouw in Nederland die zich presenteerde met angst voor vergiftiging, het gevoel van binnenuit te worden opgegeten door een slang en ademhalingsproblemen wanneer de slang zich ‘in haar keel nestelde’. Een cultuursensitieve anamnese en zorgvuldig onderzoek – inclusief een eeg – liet zien dat deze patiënte leed aan epilepsie met tonisch-clonische insulten, die verklarend waren voor de lichamelijke sensaties die zij ervoer én voor de overtuiging dat zij door derden werd vergiftigd (Minkenberg & Blom, 2015). Uiteindelijk bleek deze vrouw helemaal geen psychose te hebben en goed te reageren op uitleg én een behandeling met anti-epileptica.