

Reactie op 'Herkenning van psychische problemen met religieuze inhoud door pastores' (1)

Goede samenwerking tussen ggz en pastoraat is een goudmijn waaruit nog veel te delven valt. Deze kan medicalisering van levensproblemen voorkomen en adequate doorverwijzing naar de ggz bevorderen. Het lezenswaardige artikel van Noort e.a. (2012) vormt een mooie aanzet tot deze samenwerking.

Ter aanvulling wil ik bij dit artikel twee kanttekeningen plaatsen. Als verklaring voor de relatief goede herkenning van psychiatrische problematiek door strikt protestantse pastores, noemen de auteurs dat deze pastores veel studeren en waarschijnlijk veel ervaring opdoen met psychiatrische problematiek in de grote en hechte geloofsgemeenschappen waarvoor zij verantwoordelijk zijn.

Deze verklaring verdient verdieping. Als het gaat over geloof en bekering, ofwel over religieuze ervaringen, is er in de rechterflank van de strikt protestantse kerken veel aandacht voor het onderscheid tussen enerzijds 'algemene overtuigingen en beroeringen van de menselijke geest' en anderzijds het 'bijzondere, (harts)vernieuwende werk van Gods Geest'. Voor het onderscheid tussen dit 'schijn' en 'zijn' bestaan welomschreven criteria en gemeenteleden worden aangespoord zich hieraan te toetsen. Genoemd onderscheid wordt letterlijk van levensbelang geacht. Kortom: het beoordelen van de in het onderzoek gebruikte vignetten heeft overeenkomst met een taak die bij een deel van de strikt protestantse pastores prioriteit heeft. Daarbij differentiëren de genoemde 'geloofscriteria' blijkbaar heel redelijk tussen (religieuze) psychiatrische stoornissen en wat in deze kringen als een 'echte' religieuze ervaring wordt gezien.

De door Noort e.a. gesignaleerde belangstelling voor psychologie/psychiatrie bij deze pastores is wellicht ingegeven door de gedachte dat kennis op dit gebied nuttig is bij het maken van het

genoemde onderscheid tussen 'geest' en 'Geest'. Bovendien worden psychologie en geloof door hen niet alleen gezien als te onderscheiden, maar ook als niet te scheiden domeinen (De Lely 2012).

Een tweede kanttekening betreft de verklaring voor de bevinding dat strikt protestantse pastores het vignet met de spirituele ervaring relatief vaak psychiatrisch duiden. Een relevante, in het artikel niet beantwoorde vraag is op welke wijze de vignetten door de onderzoekers zijn gepresenteerd aan de pastores. Moesten zij de vignetten opvatten als fictieve leden uit de eigen geloofsgemeenschap of kon het bij wijze van spreken ook 'zomaar iemand' betreffen? Als de strikt protestantse pastores de vignetten hebben gelezen alsof het eigen gemeenteleden zijn, is het psychiatrisch duiden van het vignet met de spirituele ervaring niet ongegrond. Het betreft dan immers een ervaring met een verwoording die totaal niet past binnen de eigen groep en dat kan een reële aanleiding zijn om psychiatrische beelden te overwegen, zeker binnen een groep waarbij criteria voor een 'echte' religieuze ervaring scherpomlijnd zijn (De Jong 2011).

Ten slotte: ik ben benieuwd naar concrete voorstellen van de auteurs voor samenwerking tussen ggz en pastoraat. Een symposium waard?

LITERATUUR

- Jong E de. Casuïstische bijdrage over het maken van onderscheid tussen religieuze en pathologische fenomenen in de psychiatrische praktijk. *Psyche & Geloof* 2011; 22: 32-8.
- Lely AA de. Wat depressie met je doet. Zoetermeer: Boekencentrum; 2012.
- Noort A, Braam AW, van Gool AR, Verhagen PJ, Beekman ATF. Herkenning van psychische problemen met religieuze inhoud door pastores. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 785-95.

AUTEUR

ARIE JAN DE LELY, psychiater, Eleos stichting gereformeerde GGZ.
Correspondentieadres: Arie Jan de Lely, Eleos, Postbus 490, 3300 AL Dordrecht.
E-mail: ariejan.delely@eleos.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Recognition of psychiatric disorders with a religious content by members of the clergy of different denominations in the Netherlands' (1)

Reactie op 'Herkenning van psychische problemen met religieuze inhoud door pastores' (2)

Het is verheugend dat vijf psychiaters de moeite nemen om onderzoek te doen naar de kennis van pastores op het gebied van de psychiatrie (Noort e.a. 2012). Wat is daarvoor de aanleiding en is er een onderliggend probleem?

Eerst enkele algemene opmerkingen. Deze betreffen vooral de vraag: hoe spelen religie en theologische vragen een rol in de psychiatrie? Hoe bepalen deze het perspectief van waaruit vragen over de rol van anderen, in dit geval pastores, opkomen? De blijvende aandacht of fascinatie van de psychiatrie voor religie heeft volgens mij te maken met een onderliggend probleem inherent aan de psychiatrie. Ik zou dit de theologische onzekerheid over de status van de psychiatrie als wetenschappelijke discipline en klinische praktijk willen noemen.

De psychiatrie heeft meer dan de zuiver somatische medische disciplines te maken met culturele waarden en met normen voor (on)aangepast gedrag en kent een blijvende onzekerheid over de doelen die zij zich stelt in de behandeling. Steeds vindt er een afweging plaats wat normaal of gezond is versus afwijkend of ziek. Het religieus-theologische karakter is het principiële ongrijpbare, onzekere van het menselijk leven geworteld als dit is in het irrationele, onzuivere leven zelf. De psychiatrie stuit, zo is mijn stelling, voortdurend op theologische vragen.

Psychiatrie en theologie ontmoeten elkaar in het proces van betekenisgeving van ervaringen, innerlijk, persoonlijk en collectief-cultureel. Beide disciplines onderzoeken en interveniëren in dat deels subjectieve, deels cultureel vastgelegde discours van betekenisgeving.

Met deze inleidende opmerkingen kom ik tot een ander perspectief op de vraag of pastores een adequaat onderscheid moeten maken tussen religieuze thematiek en psychiatrische symptomen met religieuze inhoud. We kunnen de vraag ook omkeren: zijn werkers in de ggz voldoende toegerust om een adequaat onderscheid te maken tussen religieuze thematiek en psychiatrische symptomen?

We moeten af van de idee dat er vanuit één perspectief scholing gegeven wordt aan een andere beroepsgroep vanuit de gedachte dat deze onvoldoende op de hoogte zou zijn van de waarheid, zekerheid of effectiviteit van die discipline. Het is een vorm van bijziendheid. Beter zou het zijn de eigen aporie (onvermogen om een (filosofische) kwestie tot oplossing te brengen) te onderkennen, evenals de fundamentele openheid waarmee men in de psychiatrie zou moeten werken en deze als uitgangspunt te nemen voor het gesprek met andere disciplines, zoals die van theologen en pastores. Zou het niet interessanter zijn om vignetten op dit terrein gezamenlijk te ontwikkelen door religiewetenschappers of theologen en psychiaters? Precies om wederzijds te verhelderen wat verstaan wordt onder een religieus probleem en/of psychiatrisch probleem om op basis daarvan de casussen te construeren? De analyse van de vignetten zou dan ook anders verlopen en wellicht andere resultaten opleveren.

De casussen die de auteurs voorleggen, zijn in een theologisch-spirituele analyse alle vier te herleiden tot pastoraal relevante thema's, en niet slechts twee, zoals de auteurs lijken te suggereren.

In het eerste vignet wordt de vraag gesteld of een jonge man een eigenaardige stem moet gehoorzamen. De schrijvers laten open of dit ook de stem van God zou kunnen zijn. Is dat niet precies de vraag die aan een pastor wordt gesteld?

Het tweede vignet van een spirituele ervaring lijkt sterk op de casus van William James in diens *Varieties of religious experience* (1902). Sinds James zijn dit soort ervaringen exemplarisch geworden voor wat we een religieuze ervaring zijn gaan noemen, enigszins exotisch en iets anders dan het dagelijks leven. In de tussentijd zijn er vele andere

vormen van spirituele ervaring bij gekomen, zonder dat die altijd zo genoemd of herkend worden. Een theoloog of religiewetenschapper zou dit kunnen verhelderen.

Het derde vignet betreft rouw nadat iemands vader is overleden met de vraag welke kerkelijke plichtigheid hij zelf nu zou wensen. Er is weinig psychiatrisch afwijkends aan dit vignet, gezien vanuit mijn ervaring in de ggz. De melancholische toestand van een 81-jarige man in het vierde vignet is fascinerend omdat hier echt beide perspectieven aan de orde zijn.

Er valt dus over te discussiëren welke inbreng nodig is. Daarvoor dient niet alleen de pastor te weten waar zijn of haar grenzen liggen – alsof die vastgelegd zouden kunnen worden. Er moet ook gesprek zijn over het herkennen en waarderen van religieuze en existentiële betekenissen zoals ik die hier presenteer. Hoe waardeer je dus deze uitkomsten zonder een geëxpliciteerde visie op wat religieus of spiritueel genoemd wordt, met wie entameer je onderzoek, en hoe vertrek je vanuit de eigen aporieën? Religiewetenschappers, theologen en pastores helpen graag.

LITERATUUR

James W. *The varieties of religious experience* (1e druk, 1902). New York: Cosimo Classics; 2007.

Noort A, Braam AW, van Gool AR, Verhagen PJ, Beekman ATF. Herkenning van psychische problemen met religieuze inhoud door pastores. *Tijdschr Psychiatr* 2012;54:785-95.

AUTEUR

COR ARENDS, geestelijk verzorger bij GGz Centraal. Correspondentieadres: Cor Arends, GGz Centraal, Postbus 3051, 3800 DB Amersfoort.
E-mail: c.arends@ggzcentraal.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH Reaction on 'Recognition of psychiatric disorders with a religious content by members of the clergy of different denominations in the Netherlands' (2)

ANTWOORD aan De Lely en Arends

De twee reacties op ons artikel laten enerzijds een geheel andere benaderwijze zien, maar vertonen anderzijds ook een belangrijke overeenkomst, met name waar het de methode aangaat.

De Lely reikt een verdere verdieping aan, waar het gaat om bepaalde kennis van protestantse pastores in de 'rechterflank' van de strikt protestantse kerken. Het gaat dan om het onderscheid tussen enerzijds 'algemene overtuigingen en beroeringen van de menselijke geest' en anderzijds het 'bijzondere, hartsvernieuwende werk van Gods Geest'. Deze aspecten duidt hij vervolgens aan als 'schijn' en 'zijn'. 'Echte' en 'onechte' geloofservaringen hebben in gereformeerde kringen inderdaad, door de tijd, veel aandacht gekregen.

Vanuit psychiatrisch oogpunt, dan wel uit gedragswetenschappelijke optiek komt hier aan ons, de auteurs, geen enkel oordeel toe. Ook zullen psychiaters in het algemeen zich niet snel kunnen vereenzelvigen met een beschouwingwijze die alleen bij één bepaalde levensbeschouwelijke stroming draagvlak heeft. Dat neemt niet weg dat de door De Lely genoemde 'welomschreven criteria' om het onderscheid te maken tussen 'schijn' en 'zijn' wel uitnodigen tot een verdiepende, wellicht ook kwalitatief opgezette studie. De vraag is hoe in dezen een controlegroep is aan te wijzen, met al dan niet eenzelfde mate van rechtzinnigheid.

Arends leidt de vragen in met een interessante en te ondersteunen stelling dat psychiatrie en theologie elkaar ontmoeten in het proces van betekenisgeving van ervaringen, innerlijk, persoonlijk en collectief-cultureel. Uit zijn verdere gedachtegang en stellingname spreekt een zeker onbehagen met onze benaderingswijze: 'vijf psychiaters' die onderzoeken of de beroepsgroep van pastores wel voldoende op de hoogte zou zijn van psychiatrische problematiek met religieuze inhoud. Het is nooit onze bedoeling geweest dergelijk onbehagen op te roepen. Bij de gekozen, empirisch-statistische benadering is het commentaar van eenzijdigheid zeker te volgen. Overigens hebben wij in een eerdere publicatie over hetzelfde

materiaal diverse ggz-disciplines (psycholoog, arts in opleiding tot psychiater, psychiater en verpleegkundige) onderling vergeleken (Noort e.a. 2008).

Arends schetst een soort ideaal om vignetten door religiewetenschappers of theologen en psychiaters gezamenlijk te ontwikkelen. Zijn veronderstelling is dat de analyse van de vignetten anders zouden verlopen en dat het wellicht andere resultaten zou opleveren. Deze gedachtegang is interessant. Een nadere samenwerking en uitwisseling over benaderingswijzen tussen pastores en ggz-medewerkers zijn zeker wenselijk, al zijn doelstellingen in beide werkvelden onvermijdelijk en wellicht fundamenteel verschillend. De positie van de geestelijk verzorger werkzaam in de ggz is daarbij belangwekkend. Over deze groep ging het onderzoek echter niet.

De Lely en Arends geven beiden hun visie op de methodiek van de vignetten. Wij erkennen als tekortkoming dat er lichte verwarring kon bestaan bij de invuller of het ging om 'proefpersonen' binnen of buiten een bepaalde stroming, en of de beoordelaar pastor is of ggz-medewerker. Aan de pastores is bijvoorbeeld niet gevraagd de vignetten te lezen als zouden ze handelen over een eigen gemeentelid, maar ze te lezen 'als iemand die zij ontmoeten'. Deze werkwijze kan interpretatieverschillen en derhalve meetfouten hebben gegenereerd. Daar staat tegenover dat deze ambiguïteit ook de mogelijkheid verschafte dat toepassing in twee verschillende beroepsgroepen haalbaar werd.

Een ander methodisch punt betreft de inhoud van de vignetten: twee vignetten betreffen toestandsbeelden waarbij psychiatrische zorg nodig geacht mag worden (namelijk vignet 1 en 4). In deze twee vignetten is er vrijwel zeker sprake is van een psychotisch toestandsbeeld.

Waarom? Vignet 1 beschrijft maatschappelijke teloorgang, achteruitgang in de zelfzorg, omkering van het dag-nachtritme, zelfverwaarlozing, en bovendien het horen van stemmen, waarvan één stem aan betrokkene zelfs opdrachten geeft. Dat roept direct zorgen op bij de psychiater: welke opdrachten krijgt hij van die stem? Wordt hij aangezet tot suïcide?

In vignet 4 lezen we over een oude man die tot wanhoop is gedreven, angsten heeft over zijn lichamelijke gezondheid die niet direct tot een syndroom te herleiden zijn en irrealistische angsten over de straf van God omdat hij zijn taak als diaken heeft neergelegd. Binnen geen enkele kerkelijke traditie zal hem dit verweten worden. Dit laatste vignet, dat overigens eveneens geïnspireerd op een casus zoals beschreven door William James, wordt door psychiaters nagenoeg zonder uitzondering erkend als een ernstige depressie met psychotische kenmerken. Het gaat daarbij primair niet om een probleem op grond van levensbeschouwing, vanuit psychiatrische optiek, maar om één van de ernstigste psychiatrische beelden. De toestand combineert diverse risicofactoren voor suïcide, waarbij over het algemeen het suïciderisico (zeer) hoog kan worden geschat (Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag).

Beide briefschrijvers pleiten voor meer samenwerking in de vorm van consultatie en symposia ter nadere uitwisseling en gedachtebepaling. Als het artikel aanleiding heeft gegeven tot een nadere impuls daartoe, is onze doelstelling zeker gehaald.

LITERATUUR

- Noort A, Braam AW, Beekman ATF. De beoordeling van vignetten met psychiatrische problematiek met religieuze inhoud door GGZ-medewerkers. *Psychopraxis* 2008; 10: 257-62.
- Werkgroep. Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: de Tijdstroom; 2012.

AUTEURS

ANNEMARIE NOORT, vrijgevestigd psychiater Centrum voor Ouderenpsychiatrie in De Bilt e.o., freelance psychiater, en onderzoeker bij Yulius.

ARJAN W. BRAAM, bijzonder hoogleraar Levensbeschouwing en Psychiatrie, Universiteit voor Humanistiek Utrecht, opleider psychiatrie en psychiater crisisdienst Utrecht, Altrecht, tevens: onderzoeker, EMGO+ Instituut voor Epidemiologie en Biostatistiek, VUmc, Amsterdam.

Correspondentieadres: Annemarie Noort, Postbus 24.045, 3502 MA Utrecht.

E-mail: mailcuran@gmail.com.