

Psychogenie en religie

Diagnostische opmerkingen over psychogene en/of schizo-affectieve psychosen

door J.D. van Scheyen

Inleiding: Psychotrauma, 'Life Events' en psychische integriteit

Verwerking van psychotraumata

Kan de psychische integriteit door meer of minder schokkende levenservaringen dusdanig worden bedreigd dat een ernstige psychische stoornis, bijvoorbeeld in de vorm van een psychose, gaat optreden? Deze vraag komt in dit artikel aan de orde maar het is ook een vraag die centraal staat bij het vooral in de laatste 10 jaar meer systematisch verrichte 'Life Event' onderzoek. Voor een overzicht van dit onderzoek kan verwezen worden naar het artikel van Van Praag (1978). Uit de eerste uitkomsten van dit 'Life Event' onderzoek kan worden afgeleid dat bij psychiatrische patiënten vóór het manifest worden van een ernstige psychiatrische aandoening – in vergelijking met controlegroepen – relatief meer 'Life Events' konden worden gevonden. Dit werd gevonden bij depressies (Paykel, 1969, 1980), bij schizofrene psychosen (Birley en Brown, 1970) alsmede bij ernstige neurotische stoornissen (Cooper et al., 1973). Voorts vonden Brown en Harris (1978) bij 75% van een groep depressieve vrouwen een zwaarwegend 'Life Event' in de recente voorgeschiedenis. Maar ook bleek dat in een controlegroep van niet-psychisch gestoorde vrouwen bij 30% een vergelijkbaar psycho-sociale 'stress' kon worden gevonden.

Een van de uitkomsten van het 'Life Event' onderzoek is dus ook dat schokkende levenservaringen bij een niet gering aantal individuen *niet* voeren tot een ernstige psychische stoornis. Vele mensen ervaren 'Life Events' – aldus Van Praag (1978) – relatief weinigen worden erna ziek. Aangenomen kan dus worden dat de individuele, de subjectieve reactiewijze uiteindelijk doorslaggevend is. Nu is deze subjectieve ervaring vanzelfsprekend zeer variabel. Immers, wat de ene mens beleeft als een zware slag kan voor de ander iets betekenen als behorende bij het menselijk bestaan. In de studies van Paykel (1978, 1980) werd hierop ook gewezen.

Al met al blijft de *pre-dispositie* dikwijls van essentiële betekenis.

Schrijver is zenuwarts, werkzaam in de Psychiatrische afdeling van het Gasthuis te Middelburg. Adres: Hazelaarslaan 9, Middelburg.

In het overzicht over de 'Life Event' studies van Katschnig (1980) stelt ook deze auteur dat de subjectieve beleving, c.q. interpretatie van de psychotraumatische situatie het meest wezenlijke is maar ook is dit iets wat moeilijk in 'rating scales' valt te kwantificeren. Al met al kan er bij de concrete psychiatrische patiënt een discrepantie bestaan tussen de, noem het, objectieve 'stress'-intensiteit van het 'Life Event' en de psychische gevolgen er van. Gevolgen die niet los kunnen worden gezien van de subjectieve 'stress' waarde maar evenmin van de tevoren reeds bestaande pre-dispositie. Een pre-dispositie waarin ook vulnerabiliteitsfactoren duidelijk hun invloed kunnen laten gelden. Aldus is het onderzoek van deze vulnerabiliteitsfactoren eveneens aangewezen. Volgens Van Praag (1978) kan dit in principe op drie niveaus geschieden: het biologische, het psychologische en het sociologische niveau.

Al naar gelang van de mate van deze vulnerabiliteit kunnen dus bij psychiatrische patiënten kleine oorzaken grote gevolgen hebben, zoals voor de 'normale' mens wellicht het omgekeerde kan gelden. Ook Katschnig (1980) wees er op dat het 'Life Event' onderzoek zich ook moet bezig houden met de inter-actie tussen zowel de subjectieve alsmede objectieve 'stress' waarden van het 'Event' en de mate van vulnerabiliteit. Een vulnerabiliteit die ook inherent kan zijn aan de pre-morbide geaardheid. Aldus is het volgens Paykel (1980) duidelijk dat de 'Life Events' niet meer zijn dan een schakel in die keten van factoren die bij de pathogenese van invloed zijn. Ook de vulnerabiliteitsfactoren kunnen dus van veel invloed zijn. Deze factoren kunnen van doorslaggevende betekenis zijn vooral in verband met de mogelijkheden tot bijvoorbeeld het al dan niet adequaat kunnen verwerken van psychotraumata. Anders gezegd: het al dan niet intact blijven van de psychische integriteit wordt hierdoor mede bepaald.

In dit verband kan ook herinnerd worden aan een uitspraak van Rümke (1954): Ervaart iemand een psychotrauma dan lijkt niet zozeer wat hem is overkomen van betekenis maar wel is bepalend datgene wat kan worden beschouwd als de autonome werkzaamheid van de psychische persoonlijkheid. Volgens Rümke is essentieel de wijze waarop het individu het psychotrauma verwerkt of juist faalt in de verwerking er van. Misverstanden hieromtrent zijn er nog legio. Te snel komt men, vooral tegenwoordig, mogelijk ook verwijzende naar bepaalde uitkomsten van het 'Life Event' onderzoek, tot de slotsom dat bijv. bestaans- en/of levensmoeilijkheden iemand 'psychisch' ziek hebben gemaakt. Dit kan tot gevolg hebben dat dan alles in het werk wordt gesteld om deze moeilijkheden, c.q. levensproblemen uit de wereld te helpen zonder zich af te vragen: wie is die persoon die in die situatie is geraakt? Met Rümke kan immers worden gesteld dat psychische gezondheid een waarborg is waardoor veel leed, veel schokkende ervaringen, psychotraumata, frustraties etc. de mens *niet* ziek maken. Refererende aan ervaringen uit de oorlog en ervaring van diegenen die verbleven in concentratiekampen, schreef Rümke: 'Het is ongehoord wat gezonde mensen ook psychisch kunnen verdragen'. Zoals ook

bij hen die psychische stoornissen gaan vertonen na de psychische 'stress' situatie er altijd iets anders is te vinden: bijv. een lichamelijke stoornis, een toestand van oververmoeidheid, een constitutionele afwijking waardoor bijv. psychische kwetsbaarheid is verhoogd, een 'gevoeligheid' van het karakter die op zichzelf niet ziekelijk behoeft te zijn.

Psychogene psychosen

In deze studie gaat het in het bijzonder om ernstige psychische decompensaties na een psychotraumatische situatie. Het betreft hier de zgn. 'psychogene psychosen'. Het loont de moeite de betekenis van de hiervoor genoemde aspecten bij dergelijke, meestal ernstige desintegratie toestanden na te gaan. Alhoewel ook daardoor de diagnostiek er niet eenvoudiger op wordt. Bij de diagnostiek van deze psychosen werden, vanuit een klinisch-psychiatrisch standpunt, de volgende *criteria* aangehouden:

- in de recente voorgeschiedenis een aantoonbare psychotraumatische situatie, het in korte tijd ontstaan van een ernstige desintegratietoestand die gekenmerkt is door onrust, angst en waan(achtige)belevingen;
- voorts een verlies van contact met de realiteit en een in opvallend sterke mate overgeleverd zijn aan de psychotische belevingen.

Vooraf de twee laatstgenoemde kenmerken worden mede bepaald door het verlaagde bewustzijn wat karakteristiek is voor de psychogene psychose. Aldus toont de patiënt achteraf dikwijls een amnesie voor de psychotische fase. Een tekort schietend integrerend vermogen achtte Rümke een essentiële ontstaansvoorwaarde bij de psychogene psychose. Een insufficiëntie, een vulnerabiliteit die niet los van de premorbide geaardheid kan worden gezien. De opvatting van Strömberg (1972) over de achtergronden van de psychogene psychose zijn hiermede vergelijkbaar.

In een studie over psychogene psychosen vermeldde Van Dijk (1965) dat in de West-Europese psychiatrie nog steeds geldt dat bij ernstige psychogene stoornissen, naast het psychotrauma, de premorbide persoonlijkheidsstructuur van veel invloed is. Ook wees Van Dijk erop dat het onjuist is te snel psychische stoornissen te relateren van het ondergaan van een psychische 'stress'. In feite is het toch zo – aldus Van Dijk – dat 'psychische stress' en psychotraumata dikwijls tot de 'condition humaine' behoren. Het is dus belangrijk om in dit verband aandacht te geven aan wat Van Dijk noemde de 'reactiebasis', anders gezegd de pre-morbide geaardheid. Een zodanige 'conditie' kan de voorwaarde zijn waardoor het psychotrauma tot een ziek-makend principe wordt.

Bij de psychogene psychosen kan aangenomen worden dat het integratievermogen insufficiënt is, c.q. tekort schiet. Een dergelijke insufficiëntie en vulnerabiliteit was reeds aanwezig: of aangeboden of in de hand gewerkt voor verworven eigenschappen. Mede gelet op het feit dat psychogene psychosen ook kunnen recidiveren, kan het van belang zijn meer inzicht te verkrijgen in de *pre-psychoti-*

sche geaardheid. Van Dijk heeft een aantal kenmerken hiervan beschreven.

Allereerst is er het krampachtig trachten te vermijden van conflicten. Zijn de algemene levensomstandigheden gunstig dan lukt dit redelijk goed. De krampachtigheid kan zich ook uiten in een meer sociaal positieve vorm: flink, ijverig, hardwerkend, nauwgezet. Zijn de relaties met anderen niet bedreigend dan toont de betrokkene zich bijv. ook als vriendelijk en hulpvaardig. Anderzijds toont deze krampachtigheid zich ook als: rigiditeit, koppigheid en rechtlijnigheid, kortom als een gebrek aan geestelijke souplesse. Komt de patiënt onder 'druk' dan reageert hij door deze instelling of oppositioneel of wantrouwend of gedeprimeerd. Een en ander wordt ook versterkt door de Ideaal-Ik functie die als rigide en veeleisend aandoet. Door de sterke gewetensfunctie kunnen snel schuld- en insufficiëntiegevoelens ontstaan. Globaal kan dit voeren tot een onzekerheid in het zelfgevoel, en de daarmee samenhangende verhoogde kwetsbaarheid, met dus vooral een kwetsbaar gevoel voor eigenwaarde. Volgens Van Dijk zijn het deze krampachtigheid, dit gemis aan souplesse en dit labiele gevoel van eigenwaarde die de pre-dispositie kunnen bepalen waardoor een psychotrauma snel kan leiden tot de psychotische desintegratie. Mogelijk zijn afweermechanismen in een dergelijke karakterstructuur ook van veel betekenis. Volgens Van Dijk vooral de rationalisatie: het overwegend verstandelijk bezig zijn met bijv. problematiek en een onvermogen tot een meer adequaat gevoelsmatige verwerking ervan, iets wat eveneens de desintegratie zou kunnen bevorderen. De vraag doet zich voor, waardoor zou een karakterstructuur als hiervoor is geschetst kunnen ontstaan? Vooral gelet op de invloed van de sterke Ideaal-Ik functie, c.q. de gewetensfunctie kan men zich afvragen of factoren die rechtstreeks in relatie staan met de geloofshouding ook een determinant kunnen zijn. Verwijzende naar de klinische ervaringen lijken deze aspecten inderdaad van betekenis, alleen al gelet op de inhoudelijke aspecten van de psychose. Blijkens deze ervaring hebben deze psychosen dikwijls een merkwaardig godsdienstig coloriet. Zo bleken deze patiënten in de psychose overgeleverd aan sterke beangstigende, min of meer eschatologische belevingen in de trant van: 'het voor eeuwig verloren zijn', 'het letterlijk verkeren in de hel', 'het geconfronteerd worden met de satan', 'de overtuiging de zonde tegen de Heilige Geest te hebben begaan', etc. Bij een niet gering aantal van deze psychotische patiënten leek een specifieke vulnerabiliteit van meer betekenis dan de psychotraumatische 'Life Events' die de patiënt had ervaren. Deze kwetsbaarheid in de pre-morbide geaardheid stond kennelijk niet los van een min of meer specifieke geloofshouding. Anders geformuleerd: deze geloofshouding heeft kenmerken die – indien geraakt – ook risico-factoren blijken te zijn voor wat betreft de psychische integriteit. Meer algemeen roept dit dus ook vragen op als: Wat is de wisselwerking tussen geloofshouding, geloofsbeleving en psychische integriteit? Kan er in dit verband ook sprake zijn van een negatieve wisselwerking waardoor de psychische integriteit bedreigd kan worden?

Geloof en psychische integriteit

Ondanks allerlei nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de godsdienstpsychologie blijkt dat in feite weinig is gepubliceerd over de relatie: geloofshouding – karakterstructuur – ernstige psychische stoornis. Wellicht is dit voor een deel toe te schrijven aan wat Jung noemde 'de argwaan' die in de theologie nog steeds bestaat jegens de psychologie. Ook zou in dit verband wellicht kunnen gelden wat Vestdijk opmerkte in het essay '*De toekomst der Religie*': 'Godsdienstpsychologie die kritisch maar zonder vooringenomenheid te werk gaat zou voor de godsdienst gevaarlijker kunnen blijken dan alle vrijdenkers en atheïsten te samen'.

Hoe dit ook zij, psychiatrisch beschouwd is bij de beoordeling van de karakterstructuur de geloofsattitude dikwijls van betekenis. Daarbij gaat het, om met Fromm (1976) te spreken, niet zo zeer om de vraag: wel of geen religie, maar veel meer om de vraag: welke soort religie. Is het een religie die de ontwikkeling van de mens, dat wil zeggen van de specifieke menselijke vermogens heeft bevorderd of integendeel heeft verlamd? Fromm wees in dit verband op het gevaar van wat hij omschreef als *de autoritaire religie*, dit als tegenhanger van een meer humanistisch georiënteerde religie. De overgave aan een macht die de mens overstijgt is het meest essentiële in de autoritaire religieuze ervaring. De voornaamste deugd is dan gehoorzaamheid, de voornaamste zonde: ongehoorzaamheid. Fromm wees hier ook naar de opvatting van Calvijn over de voor de mensen geldende noodzaak tot volstreekte nederigheid.

In de autoritaire religie is God het symbool van macht en kracht, de mens blijft in feite volstrekt machteloos. De mens kan dan uiteindelijk al zijn vermogen op God projecteren, hoe volmaakter God wordt, des te onvolmaakter wordt de mens. Dit houdt volgens Fromm een risico in, het kan namelijk leiden tot een toestand van vervreemding van bijv. eigen meer waardevolle vermogens. Met deze vervreemding en deze projectie gaat de mens zich slaafs en afhankelijk voelen van God. Fromm wees op het dan optredende pijnlijke dilemma: hoe meer de mens God prijst, hoe leger hij wordt, hoe zondiger hij zich voelt; hoe zondiger hij zich voelt, hoe meer hij God prijst, en hoe minder hij in staat is om zichzelf terug te winnen. Een zodanige vicieuze cirkel kan uiteindelijk de psychische integriteit nadelig beïnvloeden, anders gezegd, dit zou voor sommigen een desintegrerend principe kunnen worden.

Dat een mens qua karakter zo wordt zal, vanzelfsprekend, in de eerste plaats ook bepaald worden door bijv. het opgroeien in een sociaal-psychologisch klimaat waarin deze religieuze-autoritaire principes boven alles geldigheid hebben. Blijkens de ervaring kan dit gelden voor een leefklimaat waarin 'ouderwetse' Calvinistische principes prevaleren maar soms ook een waarschijnlijk evenzeer als ouderwets aan te duiden dogmatisch Rooms-Katholicisme. Dit zich overgeven aan machteloosheid en onderwerping, dus ook in godsdienstige zin, staat in tegenstelling tot bijv. een meer realistische erkenning van onze beperkingen, wat – volgens Fromm – meer een

kenmerk is van de humanistische religieuze ervaring. Fromm wijst hier ook op bepaalde (ook uit het oogpunt van psychische gezondheid) verwerpelijke opvattingen zoals bijv. de zgn. predestinatieleer. Een opvatting volgens welke het de mens onmogelijk zou zijn het eigen lot in wezen te veranderen, een overtuiging waardoor het 'humane' principe, naar het oordeel van Fromm definitief wordt afgewezen.

In dit verband kan ook verwezen worden naar de beschouwingen van Hugenholtz (1959). Ook deze auteur spreekt van het autoritaire geloof, een geloofsvorm die bepaald wordt door *het 'weten'*, met de illusie van het onbeperkte weten. Ook in deze opvatting prevaleert, met name door dit weten, de scheiding tussen individu en God. Het gaat ook hier om de God van het oordeel, de gebiedende, wettige en straffende God. De God wiens woord wet is. Deze God blijft in feite de grote buitenstaander. De God die tegenover de mens staat, van wie de mens weet heeft, 'een weet hebben van' wat onontkoombaar is maar daardoor dikwijls ook angstaanjagend kan zijn. Een zodanig geloof richt zich altijd op iets 'voorstelbaars', het geloof ontwerpt datgene waarin geloofd wordt. Hugenholtz beschrijft deze autoritaire geloofshouding tegen de achtergrond van de zgn. 'animale zijnsvorm', een vorm van oriëntatie op het bestaan waarin bij de mens het 'weten' overheerst. Dit 'animale weten' levert een gereduceerd wereldbeeld op aangezien door dit 'weten' en 'willen weten' de scheiding tussen het Ik en de omringende wereld wordt bewerkstelligd. Daarbij houdt dit 'weet hebben van' ook dikwijls de ervaring van de 'bedreiging' in. Deze vorm van weten is volgens Hugenholtz min of meer onbegrensd, roept steeds nieuwe vragen op. Door het alleen maar weet hebben van wordt dit nooit tot het 'kennen', anders gezegd het vertrouwd raken met het andere. Wat simplificerend geldt hier dus ook de uitspraak: 'Wat niet weet, wat niet deert'.

Is dit alleen maar theorie? Waarschijnlijk niet. De psychiatrische ervaring leert immers dat een dergelijk 'weten' c.q. het alleen 'bedenken' van de dingen dikwijls een wezenskenmerk van uiteenlopende ziektebeelden kan zijn. Zo kan de neurotische patiënt als het ware stagneren in het alleen maar 'weet hebben' van zijn problemen. Een ander typisch voorbeeld hiervan is het verschijnsel van de depersonalisatie. Een dergelijke toestand houdt in dat het weten omtrent de wereld behouden is gebleven maar dat gevoelens van bekendheid en vertrouwdheid verloren zijn geraakt. Dit voert gemakkelijk tot angstgevoelens. Ook dan voelt de mens zich bedreigd door datgene wat zich voordoet, omdat hij er alleen maar 'weet van heeft'. De dan optredende angst kan nimmer door het weten, c.q. denken, worden geëlimineerd. Aldus is deze animale 'wetende' zijnsvorm dikwijls gerelateerd aan existentiële angst, omdat het kennend ervaren, evenals het vertrouwd raken met de situatie, niet meer mogelijk is.

Volgens Hugenholtz geldt hier de volgende paradox. Schiet het weten tekort, dan voert het uiteindelijk tot de beleving van het bedreigd worden, door datgene wat nooit echt geweten kan worden.

Dit kan dus ook de paradox zijn van de 'wetende' geloofsattitude. Anderzijds kan het echte geloof iets van een uitkomst bieden. Dan prevaleert in het geloof het zoeken naar de achtergronden die in het weten verborgen blijft. Toch blijft het gevaar bestaan dat in het geloof het willen 'bedenken' aanwezig blijft. De projectie kan dan ook een rol gaan spelen. Dit kan dus blijven overheersen bij die geloofsvorm waarin het godsbeeld, het beeld is van de alwetende macht, wiens wegen niet alleen ondoorgrondelijk maar ook angst-inducerend blijven.

Ook Jung (1957) wees op het risico van die geloofsvorm waarin de grootste waarde, Christus, als het ware buiten de mens wordt gesteld. De menselijke ziel wordt, zoals Jung het uitdrukte, dan min of meer 'leeg': Gods almacht tegenover 's mensen onmacht. Psychologisch beschouwd is dit volgens Jung een ongewenste reductie. Volgens Jung zou de theologie moeten erkennen dat iedere religieuze ervaring primair een autonome en psychische aangelegenheid is. Iets wat dus niet van buitenaf kan worden opgelegd. Zolang religie alleen geloof is dat door uiterlijke vorm bepaald is, en de religieuze activiteit geen eigen psychische ervaring is, kan dit nimmer wezenlijk bijdragen tot de echte individuatie, aldus Jung. Het van buitenaf opgelegde geloof, ook aan te duiden als het *dogmatische geloof*, kan dit nimmer waarmaken voor de individuele mens. Aldus geldt er – volgens Jung – een soort tragische miskennen in de theologie. De theologie die bij wijze van spreken niet aflat het licht te 'prijzen' en er van te 'prediken', maar te veel nalaat de mensen de kunst van het zien te leren.

Ook Jung benadrukte dat – mede gelet op praktische psychiatrische ervaringen – de psycholoog alleen geïnteresseerd dient te zijn in de betekenis van de subjectieve religieuze beleving van de mens en zich niet kan laten bepalen door allerlei theologische theorieën. Naar de opvatting van Jung moet het individuatieproces ook via de zgn. religieuze Archetypen leiden tot het echte innerlijk doorleefde geloof: een geloofsbeleving, een innerlijk doorleefd weten, wat iets wezenlijk anders is dan het ervaren van, of door de kerk of door de theologie opgelegde, traditioneel geaccepteerde geloofswaarden, c.q. dogmata. Dit laatste is iets wat veel meer appelleert aan het verstandelijk weten en het gehoorzamen, het behoort tot het rationele bewustzijn dat de mens eerder afbrengt van – dan in contact brengt met – echte religiositeit. Deze kritiek op de traditionele theologie baseerde Jung ook op zijn ervaringen met patiënten, die, vanuit godsdienstige drijfveren, steeds doende waren met de zgn. rechtvaardiging van hun geloof, uitsluitend door verstandelijke activiteit. Jung doelde hier kennelijk ook op wat hij in het algemeen aanduidde als de 'verwaarlozing van de gevoelsfunctie'. Een dergelijk min of meer onecht geloof kan volgens Jung de uitdrukking zijn van een geloofshouding die in feite een emotioneel onvermogen tot echt geloof weerspiegelt. Jung wees op de risico's van een dergelijk rationalistisch verstandelijk dogmatisch bepaalde geloofshouding. Met name door een dreigende doorbraak van irrationele Archetypische geloofservaringen uit het onbewuste, waardoor een psy-

chische desintegratie kan ontstaan.

In 'Die Zukunft einer Illusion' komt Freud tot de slotsom dat het West-Europees christelijk geloof een 'illusie' is, geen 'dwaling'. Volgens Freud kan namelijk aan een illusie soms toch nog wel enig waarheidskarakter niet worden ontzegd. Dit geloof kan een mens onvoldoende veiligheid bieden tegenover datgene wat de mens bedreigt, zowel vanuit de natuur als vanuit de cultuur. Freud vroeg zich af, wat is nu nog de betekenis van de traditionele historische en dogmatische grondslagen van het Christendom. Rationeel beschouwd was dit volgens hem niet veel meer. Opmerkelijk is dat Freud in dit betoog weinig waarde wil hechten aan de irrationele aspecten van het geloofsleven. Aldus kan het 'credo quia absurdum' op natuur-wetenschappelijke gronden, volgens Freud niet meer houdbaar zijn: 'Soll ich verpflichtet sein jede Absurdität zu glauben?'. De voortgaande ontwikkeling van de natuurwetenschap ondergraaft meer en meer de traditionele en historische fundamente van het christelijk geloof. In deze beschouwing benadrukt Freud, hij geeft dat ook toe, de rationele aspecten van het geloofsleven. Daarop richt zich ook zijn kritiek. Dit brengt hem dus uiteindelijk tot de bekende uitspraak dat religie niet meer kan zijn dan een algemeen menselijke, een soort *collectieve dwangneurose*.

In tegenstelling tot Jung hecht Freud dus weinig belang aan de meer rationele aspecten van het geloofsleven. Freud laat ook hierbij, zoals hij zelf aangeeft, de logos prevaleren. Het gaat hem uiteindelijk om een pleidooi 'für eine rein rationelle Begründung der Kultur-vorschriften'. Al benadert Freud dit vraagstuk dus voornamelijk als natuurwetenschapper, ook in zijn argumentatie is terug te vinden het falen van het op dogmatisch-rationele gronden gebaseerde geloofsleven. Een falen, een deficiëntie die dus ook, naar het oordeel van Freud, onmiskenbaar psycho-pathologische en dan vooral neurotiserende neven-effecten kan hebben.

Ook de Nederlandse priester-psycholoog Fortmann (1968) wees op de psychologische risico's die inherent zijn aan de dogmatisch-autoritaire leerstelling die herkenbaar is zowel in de kerk van Rome als in die van de Reformatie. Het kerkelijke dogmatische-autoritaire systeem vormt dan een belemmering voor wat betreft de zelfontplooiing en de individuele groei tot een echte eigen religieuze ervaring. Dit uitwendig gezag kan ook door de 'gesloten' denktrant innerlijke onvrijheid en Ik-zwakke in de hand werken met als een van de begeleidende verschijnselen bijv. angst. Kortom het dogma kan volgens Fortmann ongunstige sociale en psychologische effecten hebben. Geloofsonzekerheid wordt dan moeilijk getolereerd. De discussie kan dan ontaarden tot een haast dwangneurotisch rationeel getinte zelfverdediging. Dan kan dus inderdaad het beeld opdoemen van godsdienst als collectieve dwangneurose in de trant van Freud. Patho-psychologische ontwikkelingen, vooral in de vorm van neurotisering, kunnen dan optreden. Dan kan de onwaarachtige neurotische religieuze houding ontstaan. Het zou, volgens Fortmann overigens ook de moeite lonen ook andere aspecten van wat hij aanduidde als de '*pathologie van het dogma*'

verder te bestuderen.

In de al genoemde opvattingen lijkt één centraal thema te overwegen: de discrepantie die kan bestaan tussen het meer dogmatisch-rationeel bepaalde van de geloofshouding en de meer subjectief, ook emotioneel bepaalde aspecten van de geloofsbeleving. In het kader van dit artikel kunnen slechts enkele van deze godsdienstige psychologische aspecten worden vermeld. Het thema waar het hier om gaat is het risico voor de psychische integriteit van een geloofs-attitude waarin te weinig evenwicht bestaat tussen enerzijds rationeel-verstandig-dogmatisch bepaalde geloofsprincipes en anderzijds de meer subjectief-emotioneel bepaalde aspecten van de religieuze ervaring waarin ook twijfel, onzekerheid, schuldbesef steeds weer de invloed laten gelden. Een labiel evenwicht dat wellicht door min of meer specifieke psychotraumata, c.q. 'Life Events', kan worden verstoord waardoor een desintegratie, bijv. in de vorm van een psychogene psychose kan optreden. Het kan zijn dat een dergelijke desintegratie volgens Van Dijk verloopt volgens reeds aanwezige 'breukvlakken' in de pre-morbide karakterstructuur. Breukvlakken die wellicht soms ook als draagvlakken voor de geloofshouding hebben gediend.

Klinisch psychiatrische ervaringen

Algemene gegevens

In de periode van 1971 tot en met 1977 werden in de psychiatrische afdeling van het Gasthuis te Middelburg 28 patiënten behandeld onder de diagnose psychogene psychose. Deze groep bestond uit 17 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 36 jaar (spreiding 19-53) en 11 mannen met een gemiddelde leeftijd van 41 jaar (spreiding 19-59). Deze patiënten werden vervolgd, ook poliklinisch, tot 1 januari 1980. Wat nu betreft de religieuze oriëntatie bleek dat 12 van deze 28 patiënten (42%) praktizerend lid waren van de Gereformeerde Gemeente. Vooruitlopend op wat hierover zal worden vermeld: de Gereformeerde Gemeente kan worden beschouwd als een geloofsgroepering waarin de echt Nederlandse, orthodox-Calvinistische principes nog in sterke mate gelden. Daarbij baseert men zich ook op bijv. nog de 'Dordtse Leerregels' en de Heidelberger Catechismus, kortom een groepering waarin de antithese tussen opgelegde dogmatiek en vaak ook subjectieve, min of meer bevinde-lijke geloofsbeleving, zich nog dikwijls als een pijnlijk dilemma kan voordoen. Op deze aspecten zal nog verder worden teruggekomen in de Beschouwing.

Het genoemde percentage van 42 leek opvallend hoog. Bij vraagstellingen als deze is het vinden van een goede controlegroep altijd moeilijk. Als controlegroep werden 50 eveneens opgenomen psychiatrische patiënten 'at random' gekozen uit een groep van 150 in de jaren 1977, 1978 en 1979, uit dezelfde regio opgenomen patiënten. Over deze 150 patiënten waren extra gegevens beschikbaar. Deze patiënten waren namelijk in staat geweest binnen 5 dagen na opname een door de klinisch psycholoog (Drs L. F. Hamel) ge-

bruikt 'Intake protocol' in te vullen. Manifest psychotisch gestoorde patiënten alsmede bijv. demente bejaarden vielen hier dus buiten. In dit 'intake protocol' werd onder meer informatie verkregen omtrent de religieuze oriëntatie. Voorts werd hierin ook gevraagd naar het optreden van 'Life Events', c.q. gebeurtenissen die grote indruk op de patiënt hadden gemaakt in de voorafgaande maanden. Het bleek dat 26 van deze 50 patiënten dergelijke 'Life Events' hadden vermeld. Dit percentage van 52% aantoonbare 'Life Events' bij opgenomen psychiatrische patiënten komt dus overeen met de percentages die hieromtrent in de literatuur worden vermeld (Schless, 1977, Brown en Harris, 1978). De controlegroep van 50 patiënten bestond uit 21 mannen met een gemiddelde leeftijd van 42,8 (spreiding 16-75) en 29 vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 38,7 jaar (spreiding 16-68). Deze vergelijkingsgroep van 50 aldus geselecteerde patiënten leek een aanvaardbare controlegroep. Het bleek nu dat in de controlegroep het aantal patiënten van Gereformeerde Gemeente signatuur significant minder was dan het betreffende aantal in de groep van de 28 psychotische patiënten. Zie hiervoor Figuur 1.

Figuur 1: Kerkelijke gezindte bij de 28 patiënten en de controlegroep

	Patiënten N=28		Controlegroep N=50	
		%		%
Nederlands Hervormd (N.H.)	5	18	14	28
Gereformeerd (Ger.)	4	14	14	28
Rooms Katholiek (R.K.)	1	4	5	10
Gereformeerde Gemeente (G.G.)	12	42	2	4 p<0,01
Overige	1	4	6	12
Geen	5	18	9	18

Een overzicht van de totale groep van 28 patiënten, ook wat betreft de follow-up, is weergegeven in tabel 1.

Negen van de 12 patiënten, aangesloten bij de Gereformeerde Gemeente toonden in de psychotische fase onmiskenbare verschijnselen zoals die hiervoor al zijn aangeduid. Het betreft dus pathologische belevingen zoals: 'het definitief verloren zijn', 'het verkeren in de hel', 'het overgeleverd zijn aan de satan', 'de overtuiging de zonde tegen de Heilige Geest te hebben begaan', etc. Ter illustratie van de soms typische inhoudelijke aspecten van deze psychose, wordt verderop enige casuïstiek vermeld.

De overige 19 patiënten (uit de groep van 28) toonden deze verschijnselen niet, althans niet in deze uitgesproken vorm. Eén patiënte, Rooms-Katholiek, werd psychotisch na het overlijden van de echtgenoot. Tijdens de uitvaartdienst wilde patiënte het woord aan de pastoor ontnemen aangezien zij, naar haar gevoel, toen 'de Heilige Geest over zich had gekregen'. Bij de overige patiënten was de psychose eveneens gekenmerkt door onrust, angst en bewustzijnsstoornissen na het ervaren van een min of meer psychotrauma-

Tabel 1

nr. pat.	initial.	geslacht	leeftijd bij opname	jaar van opname	godsdienst	eredititeit	verloop
1.	M.	M.	56	1970	G.G.	+	—
2.	M.S.	V.	53	1970	Ger.	—	—
3.	M.	M.	59	1970	G.G.	+	1977: vitale depressie
4.	G.	M.	49	1971	G.G.	—	—
5.	E.M.	V.	19	1971	Jehova Get.	—	recidief psychose: 1976, 1977
6.	B.	M.	23	1971	Ger.	—	recidief psychose 1976; vitale depressie 1978
7.	R.P.	V.	33	1972	Ger.	+	—
8.	M.N.	V.	29	1973	G.G.	+	recidief psychose: 1974, 1976
9.	M.K.	V.	38	1973	G.G.	—	—
10.	E.W.	V.	18	1973	G.G.	+	postpsychotische vitale depressie; vitale depressie 1974
11.	C.	M.	19	1973	G.G.	—	recidief psychose 1974
12.	R.	M.	63	1973	—	—	—
13.	T.	M.	34	1973	—	—	—
14.	D.	M.	57	1974	—	—	—
15.	B.V.	V.	51	1974	G.G.	—	recidief psychose 1976
16.	C.M.	V.	37	1974	Ger.	—	recidief psychose 1975, 1977, 1979
17.	V.W.	V.	43	1974	G.G.	+	recidief psychose 1978, daarna vitale depressie
18.	W.B.	V.	53	1974	R.K.	—	—
19.	O.D.	V.	38	1974	N.H.	+	—
20.	M.	M.	33	1975	G.G.	+	postpsychotische vitale depressie
21.	P.E.	V.	24	1975	N.H.	—	recidief psychose 1977
22.	B.D.	V.	35	1975	N.H.	—	postpsychotische vitale depressie (elders behandeld)
23.	M.	M.	27	1975	G.G.	—	—
24.	H.K.	V.	28	1976	—	—	—
25.	T.V.	V.	49	1976	N.H.	+	postpsychotische vitale depressie
26.	M.W.	V.	20	1977	N.H.	—	recidief psychose 1978
27.	V.D.	V.	37	1977	—	—	—
28.	K.	M.	34	1977	G.G.	—	—

tisch 'Life Event'. Ook bij deze patiënten bestond angst door het zich bedreigd voelen, maar dit lag veel meer in de paranoïde sfeer: gevoelens van bedreigd te worden door anderen, het ontwikkelen van achtervolgingsideeën, de overtuiging dat er tegen hen gecomplooteerd werd etc.

Casuïstiek

Patiënt Nr. 1 – Deze patiënt was als oudste ouderling langere tijd voorgegaan in een dorpsgemeente. Er bestond namelijk een vacature voor een predikant. De komst van de nieuwe predikant had patiënt eigenlijk maar moeilijk kunnen accepteren. Hij kreeg het gevoel dat hij iets van zijn verworven status en prestige weer had moeten inleveren. Dit had hij moeilijk kunnen verwerken, anderszids kreeg hij schuldgevoelens over deze 'hoogmoedige' gedachten. Dit leidde tot, zoals hij het later uitdrukte, 'zielenood'. In de psychose was patiënt zeer onrustig en opvallend angstig. Hij meende aan de satan overgeleverd te zijn, hij zag het 'hellevuur' voor zich wat zijn angst in sterke mate verhevigde, het contact met de realiteit ging tijdens de psychose geheel verloren. Na herstel van de acute psychotische fase bleef deze patiënt nog langere tijd spreken met de 'Tale Kanaäns', daarbij was zijn betoog dus doortrokken met bijbelteksten.

Patiënt Nr. 3 – Deze patiënt kreeg tijdens zijn werk als timmerman een spijker in de voet. Reeds snel kreeg hij het gevoel dat dit voorval een diepere betekenis moest hebben. Het was de aankondiging dat hij moest sterven. Merkwaardig was dat dit alles zich voordeed vlak voor Pasen. In de werksituatie waren wel enige moeilijkheden geweest, onenigheid over de werkverdeling met enkele collega's, dit nadat patiënt een promotie had gemaakt. Patiënt werd daarna in korte tijd zeer angstig en onrustig. Hij werd geobsedeerd door allerlei godsdienstige ervaringen. Hij voelde zich letterlijk bedreigd door de satan die in de psychose soms 'lijfelijk' aan hem verscheen.

Patiënt Nr. 15 – Deze patiënte werd psychotisch nadat de jongste dochter, aan wie patiënte sterk gehecht was, in verband met haar werkzaamheden elders was gaan wonen. Patiënte meende dat zij in de 'macht van de satan was geraakt'. Volgens haar uitlating was dit het gevolg van activiteit van spiritisten die op hun beurt daartoe waren aangezet door de 'Hervormden'.

Patiënt Nr. 20 – Ook deze patiënt raakte in de psychose in sterke mate geobsedeerd door angstaanjagende godsdienstige ervaringen. Patiënt verkeerde kennelijk in de ban van de angst voor het 'hiernaams'. De 'dag des oordeels was aanstaande'. Voorts meende patiënt dat men in Rusland aanstalten maakte op de zgn. 'rode knop' te drukken: de atoomoorlog kon ieder moment uitbreken. Kort voor het uitbreken van de psychose was in het gezin van de patiënt het tweede kind geboren. Dit kind leek aanvankelijk niet gezond, dat wil zeggen niet normaal. Hierover hadden de ouders zich veel zorgen gemaakt. Na een specialistisch onderzoek was gebleken dat deze zorg ongegrond was. Niettemin manifesteerde zich, korte tijd nadien, de psychose.

Patiënt Nr. 23 – Deze patiënt sprak tijdens de psychose op zeer angstige wijze over de 'benauwenis' die hem de volgende dag zou overkomen. Dan zou hij n.l. de tot 200 gr. verhitte treden van de trap naar de hel moeten bestijgen. Later bleek dat, naar de mening van patiënt, dit alles was gekomen door het feit dat hij niet 'geheiligd was'. De familie had hem verboden deel te nemen aan het Heilig Avondmaal; hij had zich hiertegen niet durven verzetten.

Patiënt Nr. 28 – Deze patiënt haalde 's nachts alle gezinsleden uit bed. Iedereen moest samen met hem bidden aangezien hij ging sterven en 'verloren was'. Na opneming toonde patiënt een toenemende heftige angst, hij weigerde voedsel, dit had 'geen zin meer', soms zong hij steeds weer een zelfde psalmfragment. Bezoekers deden zijn angst toenemen, steeds herhaalde hij dan de uitroep: 'Ga weg satan'. Ook deed hij uitlatingen over het volstrekt 'verloren zijn', hij had immers de 'zonde tegen de Heilige Geest begaan'. Deze patiënt had omstreeks een week voor het manifest worden van de psychose problemen in de kerk gehad. Men had hem verweten dat hij, na het Avondmaal, te vroeg aan het dankgebed was begonnen. De volgende avond kreeg patiënt bezoek van twee ouderlingen die hem in een urenlang gesprek hierover hadden onderhouden, met ruzie was men uit elkaar gegaan. Korte tijd daarvoor had patiënt, na lang aarzelen, zijn goedkeuring gehecht aan het bouwplan voor een nieuwe en fraaie woning.

Het blijkt uit deze voorbeelden, behorende tot de subgroep van 9 patiënten (aangesloten bij de Gereformeerde Gemeente en opgenomen met een religieus getint psychotisch beeld), dat allen belevingen vertoonden in de sfeer van de angst voor het 'definitief verloren zijn'. Een pathologische beleving die niet los van hun geloofsovertuiging kon worden beschouwd. Voorts ontstond dus de indruk dat in een dergelijke psychotische toestand allerlei godsdienstig bepaalde 'oerangsten' manifest werden. Angstaanjagende belevingen waaraan de patiënt op een, ook voor een dergelijke psychose zo kenmerkende wijze in een totale innerlijke onvrijheid was overgeleverd.

Follow-up: psychogene of schizo-affectieve psychose?

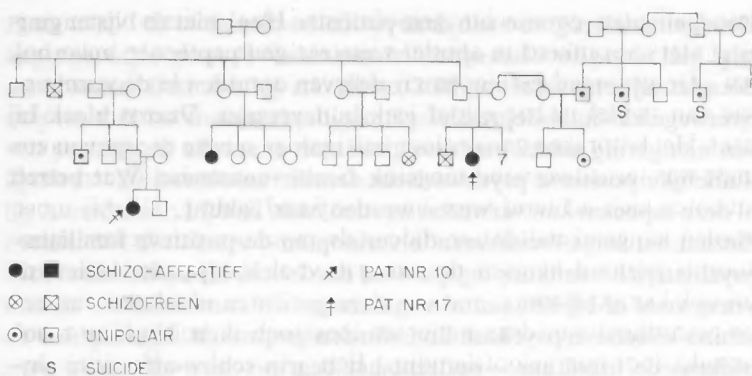
Het leek ons belangrijk de verdere lotgevallen van deze patiënten, ook na herstel van de eerste psychotische fase, te vervolgen. Op het belang van verloopstudies vooral bij dit type van psychosen, wordt ook in de literatuur de aandacht gevestigd. Zo wezen Mc Cabe en Strömngren (1975) erop dat uit follow-up studies is gebleken dat de diagnose psychogene c.q. reactieve, psychose in omstreeks de helft van de gevallen uiteindelijk niet kon worden gehandhaafd. Ook door het recidiverende verloop wordt dan tenslotte bijv. de diagnose schizofrenie of affectieve psychose overwogen. Dit alles vormde ook een reden om de hier beschreven 28 patiënten verder te volgen, hetgeen gebeurde tot 1 januari 1980. De patiënten met de nummers 22 en 28 vielen hier buiten aangezien zij elders woonachtig waren. Beide patiënten waren n.l. tijdens de vakantie die zij doorbrachten in onze regio, psychotisch geworden.

De algemene prognose van deze patiënten bleek niet zo bijster gunstig. Met name door het optreden van recidief psychosen maar ook doordat bij een aantal van hen recidieven optraden in de vorm van overwegend vitaal-depressief getinte depressies. Voorts bleek bij een niet gering aantal van deze patiënten er sprake te zijn van een duidelijke positieve psychiatrische familie-anamnese. Wat betreft al deze aspecten kan verwezen worden naar Tabel 1.

Gezien het soms recidiverende verloop en de positieve familiale-psychiatrische aanknopingspunten, deed zich, bij nader inzien, de vraag voor of bij een aantal van deze patiënten niet beter van een schizo-affectieve psychose kon worden gesproken. Nu is er – ook blijkens de literatuur – omtrent het begrip schizo-affectieve psychose nog weinig duidelijkheid (Procci, 1976). Voor de diagnostiek is een positieve familie-anamnese wellicht van betekenis, met name door het betrekkelijk frequent familiair optreden van unipolaire en/of bipolaire depressies, in mindere mate het in de familie voorkomen van schizofrenie. Aldus is volgens de groep van Winokur (zie Fowler et al., 1972) de schizo-affectieve psychose wellicht te beschouwen als een variant van de affectieve psychose. Uit verloopstudies is voorts gebleken dat er patiënten zijn die afwisselend psychotische en depressieve fasen doormaken. Het laatstgenoemde kan dus ook gelden voor een aantal van de hier beschreven patiënten, met name de nrs. 3, 6, 10, 17, 20, 22, 25 (zie tabel 1). Voorts is de schizo-affectieve psychose vooral qua inhoud van de psychotische belevingen dikwijls min of meer melancholiform. Ook dit is iets wat geldt voor een aantal van de hier beschreven patiënten. Wel is er dikwijls een vormverschil. Bij de endogene vitale depressies treden meestal geen bewustzijnsstoornissen op, bij de psychogene psychosen, maar ook bij de schizo-affectieve psychosen is dit dikwijls wel het geval.

Al met al lijkt dus het onderscheid tussen een psychogene psychose en een schizo-affectieve psychose dikwijls niet eenvoudig. Vooral verloopstudies kunnen dan meer duidelijkheid verschaffen. Dan kan blijken dat wat aanvankelijk als een psychogene psychose werd gerubriceerd uiteindelijk beter als een schizo-affectieve psychose kan worden beschouwd. Wat betreft de pathogenese is ook differentiaal diagnostisch bij de schizo-affectieve psychose evenals bij de psychogene psychose, een psychotraumatische provocatie in de meeste gevallen aantoonbaar (Procci, 1976). Dit geldt met name bij de eerste psychotische fase. Voor de niet geringe diagnostische dilemma's die annex zijn aan het begrip schizo-affectieve psychose kan verwezen naar de studies van Procci (1967), Tsuang et al. (1979 a en b), McCabe et al. (1975) en die van Fowler et al. (1972).

Een positieve psychiatrische familie-anamnese lijkt dus bij de diagnose schizo-affectieve psychose van betekenis. Dan lijkt dus ook de factor 'endogenie' zijn invloed te laten gelden. Een typisch voorbeeld hiervan was te vinden bij de patiënten met nrs. 10 en 17. De in psychiatrisch opzicht toch wel merkwaardige stamboom van deze beide patiënten is afgebeeld in figuur 2. Ook de familierelatie tussen de patiënten met nrs. 1, 23 en 20 was opmerkelijk. De pa-



STAMBOOM VAN DE PATIENTEN NRS. 10 EN 17

tiënten met nr. 1 en 3 waren namelijk neven via vader's zijde; patiënt nr. 20 was de zoon van patiënt nr. 1.

Voorts lijken bepaalde aspecten van de pre-morbide geaardheid van deze patiënten van belang. Wat dit betreft lijkt er ook een 'over-lap' te bestaan met de endogeen-vitaal depressieve patiënten. Bij de hier beschreven patiënten bleek namelijk dat de pre-morbide geaardheid punten van overeenstemming toonde met het pre-depressieve karakter, c.q. het 'typus melancholicus'. Kortom een geaardheid die ook betrekkelijk frequent kan worden aangetroffen bij patiënten die neigen tot endogene-vitale depressies (Van Scheyen, 1975). Daarbij was dus ook opvallend dat een aantal van de hier beschreven patiënten in de psychotische fase religieus gekleurde pathologische belevingen toonden die vergelijkbaar zijn met de belevingen die kunnen optreden tijdens ernstige endogeen-depressieve, c.q. melancholische fasen.

Beschouwing

Bij de beschreven patiënten werd in eerste aanleg de diagnose psychogene psychose gesteld. Dit op grond van het klinisch-psychiatrische beeld. In de pathogenese leek dikwijls de vulnerabiliteit – inherent aan het pre-morbide karakter – van meer betekenis dan het ervaren psychotraumatische 'Life Event'. Dit laatste kon hoogstens als een provocerende factor worden beschouwd. De pre-existente kwetsbaarheid leek vaak op een min of meer specifieke wijze bepaald door de geloofshouding.

Is deze veronderstelling, deze uitgangshypothese conform de realiteit? Daarover kan het volgende worden vermeld. De geaardheid van die patiënten, aangesloten bij de Gereformeerde Gemeente, toonden inderdaad iets opvallends. Opmerkelijk was allereerst dat al deze patiënten – na het herstel van de psychotische fase – zich lieten kennen als vriendelijke, betrouwbare maar vooral strikt eerlijke mensen. Wel leken zij dikwijls wat somber en zwaartillend van aard met een relativering van de waarde van het menselijk bedrijf en een accentuering van de betrekkelijkheid van het menselijk bestaan. Ook na de ernstige psychotische ontreding toonden

deze patiënten geen echte geloofscrisis. Hun geloofsovertuiging bleef sterk verankerd in allerlei volstrekt geaccepteerde 'zekerheden'. Desgevraagd getuigden zij daarvan zonder enige aarzeling. Iets van twijfel in het geloof leek hun vreemd. Daarover straks meer. Het bespreken van de door hen in de psychose doorgemaakte angst was ternauwernood mogelijk. Soms verontschuldigten deze patiënten zich achteraf voor hun afwijkend gedrag. Hierbij moet worden aangetekend dat er tijdens de psychose een bewustzijnsstoornis bestond hetgeen de amnesie voor de psychotische fase dus ook kan verklaren.

De geaardheid van deze patiënten leek toch in belangrijke mate bepaald door hun geloofshouding. Een 'geloven' waarin uiteindelijk rationele, verstandelijke overwegingen bleven prevaleren. In hun *geloofskeuze* werd tegemoet gekomen aan bepaalde, op het Calvinisme, gebaseerde principes. Zij 'kozen' voor datgene waarover Chorus (1967) schreef: 'Het Calvinisme is een scherp gesneden, betogend en redenerend geloof'. Een overtuiging waarin ook de persoonlijke gewetensbeslissing van veel betekenis is. Veel meer dan het ontlenen van de waarheid aan bijv. tradities van de kerk wat wellicht meer geldt voor de Rooms-Katholieken. De hier beschreven patiënten behoren tot die categorie van ook door de zgn. Nadere Reformatie geïnspireerde Calvinisten die niet van 'beelden' houden; de voorkeur geven aan het 'verbale', bijv. in de vorm van spreken in de woon- en slaapkamer; sober, soms ook wat abstract en kil. In een dergelijke geloofsovertuiging wordt bij voorkeur terug gegrepen op zekerheden bijv. ontleend aan de Heidelbergse Catechismus welke toch ook als een scherp redenerende belijdenis moet worden beschouwd.

Toch kan het zijn dat in de drang naar het in het weten vastgelegde geloof bij hen ook een compensatie wordt gezocht voor iets van *geloofstwijfel*. Een geloofstwijfel zoals dit bij deze patiënten tot uiting kwam in de eveneens steeds geldende en dikwijls beklemmende vraag naar het al of niet bekeerd zijn. Mogelijk bestaat er bij hen toch een soort existentiële twijfel. Een vorm van twijfel die, volgens Tillich (1975), inherent kan zijn aan het geloof. Dikwijls wordt een dergelijke twijfel bij deze geloofshouding als een geloofsverlies geïdentificeerd, met alle gevolgen van dien. 'Viele Christen fühlen Angst, Schuld und Verzweiflung über das was sie dann Verlust des Glaubens nennen. Aber, ernster Zweifel ist eine Bestätigung des Glaubens', aldus Tillich. Misschien geldt dit ook voor de hier beschreven patiënten. Maar of dit echt innerlijk door hen wordt geaccepteerd blijft wel de vraag.

Van betekenis lijkt voorts dat deze patiënten vanaf de vroege jeugd vertrouwd waren geraakt met deze geloofsovertuiging. Van jongsaf aan waren zij er mee opgegroeid. Als kind hadden zij wel eens angsten gehad, bijv. na een 'zware preek'. Dan was het wel gebeurd dat zij de slaap niet konden vatten. In de nachtelijke stilte ontstond onrust door de steeds weerkerende beangstigende gedachte: Hoe zou het toegaan in de hel? Maar bij het ouder worden waren althans deze angsten gaandeweg wel verdwenen. Of een dergelijke angst

dan echt verwerkt is, blijft, psychiatrisch beschouwd, wel de vraag. Hoe dit ook zij, belangrijk blijft het aspect dat de geloofshouding, de geloofservaring van deze mensen overwegend beredeneerd-dogmatisch is bepaald. Terwijl dit anderzijds toch ook een compensatie lijkt voor een meer gevoelsmatig bepaalde geloofstwijfel.

Aldus is er in een dergelijke geloofshouding een dubbel aspect aanwezig. Enerzijds een soort stabiele gedragswijze maar anderzijds toch een kwetsbaarheid die, indien eenmaal geraakt, ernstige gevolgen kan hebben. Dan raakt het 'wetende geloof' aan het wankelen en dreigt een existentiële crisis te ontstaan. Dit kan dus kennelijk ook worden geprovoceerd door op zich weinig ernstige psychotraumata. Een soms weinig opvallend psychotrauma had bij deze patiënten kennelijk toch ernstige gevolgen, in de vorm van een psychogeen-psychotisch toestandsbeeld.

Zoals reeds aangeduid kunnen bij het ontstaan van een psychogene psychose in het algemeen affectief beladen gebeurtenissen een provocerende invloed hebben. Belangrijk daarbij is de 'stress' intensiteit van de voorafgaande 'Life Events', dus ook gerelateerd aan de pre-dispositie. De pre-existente vulnerabiliteit is dan inherent aan de pre-morbide geaardheid. Het lijkt aannemelijk dat vooral bij een aantal van de hier beschreven patiënten, deze kwetsbaarheid niet los kan worden gezien van reeds lang tevoren bestaande – ook door religieuze principes – bepaalde *gevoelens van bestaansonzekerheid*. Een zich onzeker voelen, een soms zich zelfs beangstigd voelen door vragen over het 'al of niet bekeerd zijn', het 'al dan niet wedergeboren zijn', etc. Het kan zijn dat door een psychotrauma vooral deze angst wordt geactiveerd, die dan in de psychose een eigen leven gaat leiden. Voorts is inherent aan een dergelijke pre-dispositie dat de mogelijkheid tot een adequate verwerking van bepaalde psychotraumata al bij voorbaat grotendeels is geëlimineerd. Soms krijgt men de indruk dat dit type patiënten ook pre-morbide in hun enerzijds wat krampachtig rationalistische maar anderzijds min of meer existentieel-angstige levenshouding, dikwijls al bij voorbaat anticiperen op dreigende catastrofes. Enerzijds is deze levenshouding gebaseerd op 'Calvinistische' zekerheden, anderzijds is er de nimmer aflatende knagende twijfel en angst omtrent de 'echte rechtvaardiging door het geloof'. Wat dit betreft bestaan er dus duidelijk punten van overeenstemming met de pre-depressieve geaardheid zoals die bij endogeen-vitaal-depressieve patiënten kan worden aangetroffen (Van Scheyen, 1975).

Is de desintegratie eenmaal een feit dan tonen ook deze psychogeen-psychotische patiënten op een dikwijls onthullende wijze het risico van de autoritaire 'wetende' geloofsvorm zoals die is beschreven door Fromm, Hugenholtz en Fortmann. Dan gaan in de desintegratie angst en vertwijfeling meer en meer prevaleren. De patiënt voelt zich 'verlaten', 'verloren', 'voor eeuwig veroemd', etc. De angst die zich in een dergelijke psychose manifesteert is dikwijls letterlijk indruk-wekkend. De betekenis van het psychotrauma waardoor dit alles mogelijk is geïnduceerd, valt hierbij in het niet. Veel belangrijker is de vraag hoe dit alles te verklaren is vanuit de

pre-morbide karakterstructuur.

Hierin zijn enerzijds opvallend sterke gevoelens van innerlijke onzekerheid en schuldgevoelens ook in de geloofsbeleving, maar anderzijds ook de door voornamelijk rationele principes bepaalde geloofsovertuiging. In een dergelijk 'spanningsveld' lijkt het door Jung gesignaleerde risico van verwaarlozing van de gevoelsfuncties niet gering. Voorts kan dit op zijn minst een versterking geven van de door Van Dijk beschreven fundamentele onzekerheid in het zelfgevoel bij dit type patiënten. In de psychose toonden deze patiënten op een onverhulde wijze de beangstigende beleving van het definitief gefaald hebben en dit dus ook in religieuze zin. Belevingen waardoor de angst tijdens een dergelijke desintegratie-toestand eerder toe- dan afneemt. De confrontatie met deze patiënten die dermate overgeleverd zijn aan angst waarbij godsdienst een primair structurerend principe lijkt te zijn, roept wel vragen op over de 'waarde' van een dergelijke godsdienstigheid. In dit verband kan gedacht worden aan de uitspraak van Dorothee Sölle (1970): 'De ontzettende ballast van de traditie van gehoorzaamheid des geloofs moet een waarschuwing voor ons zijn'.

Hoe dit ook zij, toch blijft de vraag intrigeren hoe is het te verklaren dat een soms weinig opvallend psychotrauma juist bij een zodanige karakterstructuur dermate ernstige psychiatrische gevolgen kan hebben? Deze vraag kan ook als volgt worden geformuleerd. Hoe kan het zijn dat bij deze aardige en ook zo integere mensen een zo gering psychotrauma een dermate ernstige psychiatrische ontreddering tot gevolg kan hebben? Een ding lijkt wel zeker, en wel dat hun levenshouding door bepaalde Calvinisten, c.q. 'Nader Reformatorische' principes is bepaald.

Naast wat reeds eerder werd vermeld schuilt er in een dergelijke levenshouding dikwijls nog een andere *paradox*. Enerzijds is er het prestatie-gericht zijn. De wereld is er immers om 'beheerst, bewerkt en benut' te worden. Anderzijds geldt de opdracht tot nederigheid in het geloof, een waarschuwing tegen persoonlijke hoogmoed. In het verlengde hiervan is echt en diep schuldbesef een eerste vereiste tot de wedergeboorte en/of bekering. De wedergeboorte die de mens nimmer uit zichzelf, laat staan op eigen kracht kan bereiken. Een afzwakking van dit principe wordt niet gaarne geaccepteerd. Vandaar de argwaan tegen meer religieuze-optimistische opvattingen, en het verwerpen van de zgn. algemene verzoeningsleer (Hofman, 1977).

Gezien tegen de achtergrond van deze paradox kan het effect van het psychotrauma wat voorafging aan de psychose toch beter worden begrepen. Dikwijls was er namelijk iets gebeurd, op het eerste gezicht, wat een positieve ervaring leek te zijn. Kortom ervaringen die de patiënt leken te versterken in zijn gevoel van eigenwaarde, bijvoorbeeld door het boeken van een persoonlijk succes. Zo had een van de patiënten, na lange aarzeling, besloten het plan van het bouwen van een nieuwe en fraaie woning doorgang te laten vinden. Een andere patiënt was de eer toegevalen in de gemeente als voorganger te fungeren. Een derde patiënt had in zijn werksituatie een

promotie gemaakt en bij een vierde was de zorg en vrees voor het onvolwaardig zijn van de pasgeboren dochter weg gevallen (zie de casuïstiek).

Toch is het niet onaannemelijk dat dergelijke positieve ervaringen niet stroken met de eveneens geldende religieuze opdracht tot nederigheid en het diepe schuldbesef. Dit kan blijkbaar innerlijke spanning teweeg brengen in de vorm van zelfverwijt en schuldgevoelens. Voorts kan dit ook meer in het algemeen in negatieve zin interfereren met de algemene mentaliteit van deze mensen. Bij hen blijft steeds de neiging bestaan als alles bijvoorbeeld goed gaat en naar wens verloopt zich toch af te vragen, zal dit alles wel voortduren, zal het goed blijven gaan, zal dit stand houden? Dit zijn ook de patiënten tegen wie na herstel van de ziekte wordt gezegd: 'U mag morgen naar huis', en die dan reageren met de eigenlijk merkwaardige uitlating: 'We zullen het hopen'.

Welnu, levert de prestatiegerichtheid het gewilde succes of resultaat op dan komt vanuit het religieuze kader direct de vraag op: Is dit wel toegestaan? Mag ik mijzelf dit toestaan? Is dit geen uiting van hoogmoedigheid? (Herinnerd kan worden aan een uitlating van patiënt nr. 1). Er was vaak het besef een aanzienlijke verbetering van de levenssituatie te hebben bereikt met een versterking van het gevoel van eigenwaarde. Door de geschetste *ambivalentie* zal dit besef toch ook, met name door de geloofsovertuiging, een pijnlijke en grote schuldproblematiek kunnen induceren.

Nu is het bekend dat een dergelijk dubbelaspect de psychische balans in ernstige mate kan verstoren. Freud schreef al over mensen die 'am Erfolge scheitern', mensen die het succes door een diep geworteld schuldbesef niet kunnen verwerken en na het succes psychisch decompenseren. Ook hier lijkt er dus niets nieuws onder de zon. Hoe dit ook zij, bij de hier bedoelde patiënten geldt dus niet 'het loon van de angst' maar eerder 'de angst na het loon'. Het kan zijn dat bij hen met de feitelijke constatering van 'het is mij gelukt', 'de prestatie is geleverd', 'de zorg is weg gevallen', een grens wordt overschreden. Een grensoverschrijding die er toe leidt dat de discrepantie met de geloofsopdracht tot 'nederigheid' dermate, ook angstwekkend groot wordt, dat daardoor de psychische integriteit gevaar gaat lopen.

Een en ander kan ook nog tot de volgende wat merkwaardige conclusie leiden. Indien de geschetste dynamiek bij de patiënten inderdaad zo is, dan moet dit ook worden gezien in een directe relatie met een diep gefundeerde geloofsovertuiging. Zo beschouwd dient men daarvoor respect op te brengen. Wellicht hangt dit respect ook samen met de in algemene zin positieve indruk die deze mensen maken, iets wat hiervoor al werd vermeld. Dit bracht ons ook op de gedachte dat de minder consequente en wellicht meer hypocriet ingestelde christen nooit zo ver zal komen en dus zichzelf een dergelijk ernstige psychische crisis zal weten te behoeden. Is dit een positieve of een negatieve conclusie? Daarover zullen waarschijnlijk, wel terecht, de meningen verdeeld blijven.

Literatuur

- Birley, J. L. T., G. W. Brown (1970), Crises and life changes preceding the onset of relapse of acute schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.*, 116, 327.
- Brown, G. W. (1974), Meaning, measurement and stress of life events. In: B. S. Dohrenwend (ed.): *Stressfull Life of Events: their nature and effects*. John Wiley, New York.
- Brown, G. W., T. Harris (1978), *Social origins of depression; a study of psychiatric disorders in women*. Tavistock, London.
- Chorus, A. (1967), *De Nederlander uiterlijk en innerlijk*. Sijthoff, Leiden.
- Cooper, B., J. Sylph (1973), Life events and the onset of neurotic illness. *Psychol. Med.*, 4, 421-435.
- Dijk, W. K. van (1965), *Psychopathologische en klinische aspecten van de psychogene psychose*. Dissertatie, Groningen.
- Fortmann, H. M. M. (1968), *Als ziende de onzienlijke*. Paul Brand, Hilversum.
- Fowler, R. C., M. S. McCabe et al. (1972), The validity of good prognosis schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiat.*, 26, 182-185.
- Freud, S. (1960), Die Zukunft einer Illusion. In: S. Freud: *Das Unbewusste. Schriften zur Psycho-Analyse*. Fischer Verlag, Frankfurt.
- Fromm, E. (1976), *Psychoanalyse en Religie*. Bijleveld, Utrecht.
- Hofman, H. A. (1977), *Ledeboerianen en Kruisgezinden*. De Banier, Utrecht.
- Holmes, T. H., R. H. Rahe (1967), The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.*, 11, 213-218.
- Hugenholtz, P. Th. (1959), *Tijd en creativiteit*. Noord-Hollandse Uitg. Mij., Amsterdam.
- Jung, C. G. (1957), *Bewusstes und Unbewusstes*. Fischer, Frankfurt.
- Katschnig, H. (1980), Methodische Probleme der 'Life-Event' Forschung. *Nervenarzt*, 51, 332-343.
- Katschnig, H. (ed.) (1980), *Sozialer Stress und Psychische Erkrankung* (Fort-schritte der Sozialpsychiatrie, 15). Urban und Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore.
- McCabe, M. S., E. Strömberg (1975), Reactive psychosis; a family study. *Arch. Gen. Psychiat.*, 32, 447-454.
- Paykel, E. S., J. K. Myers et al. (1969), Life events and depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 21, 753-760.
- Paykel, E. S., B. A. Prusoff et al. (1971), Scaling of life events. *Arch. Gen. Psychiat.*, 25, 340-347.
- Paykel, E. S. (1980), Event meaning and individual predisposition in the genesis of psychiatric illness. In: H. Katschnig (ed.): *Sozialer Stress und Psychische Erkrankung*. Urban und Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore.
- Praag, H. M. van (1978), Psycho-psychiatrie. *T. Psychiat.*, 20, 553-566.
- Procci, W. R. (1976), Schizo-affective psychosis; fact or fiction. *Arch. Gen. Psychiat.*, 33, 1167-1178.
- Rümke, H. C. (1954), *Psychiatrie, I*. Scheltema en Holkema, Amsterdam.
- Scheyen, J. D. van (1975), Bezwaard gemoed in de regio. *T. Psychiat.*, 17, 776-788.
- Schless, A. P., L. Schwartz, et al. (1974), How depressives view the significance of life events. *Brit. J. Psychiat.*, 125, 406-410.
- Schless, A. P., A. Teichman et al. (1977), The role of stress as a precipitating factor of psychiatric illness. *Brit. J. Psychiat.*, 130, 19-22.
- Sölle, D. (1970), *Fantasie en gehoorzaamheid*. Bosch en Keuning, Baarn.
- Strömberg, E. (1972), Reaktive (psychogene) Psychosen. In: *Psychiatrie der*

Gegenwart, Band 2. Springer Verlag, Berlin.

Tillich, P. (1975), *Wesen und Wandel des Glaubens*. Ullstein Verlag, Frankfurt.

Tsuang, M. T. (1979a), Schizo-affective disorder; dead or alive? *Arch. Gen. Psychiat.*, 36 633-634.

Tsuang, M. T., G. M. Lempsey (1979b), Long term outcome of major psychosis, schizo-affective disorder compared with schizophrenia, affective disorder and a surgical control group. *Arch. Gen. Psychiat.*, 36, 1302-1304.

Uhlenhuth, E. H., E. S. Paykel (1972), Symptom intensity and life events. *Arch. Gen. Psychiat.*, 28, 473-477.