

'Zwemmen ondergronds, zweven door de kosmos'

Religieuze ervaringen en interpretaties van mensen met een bipolaire stoornis

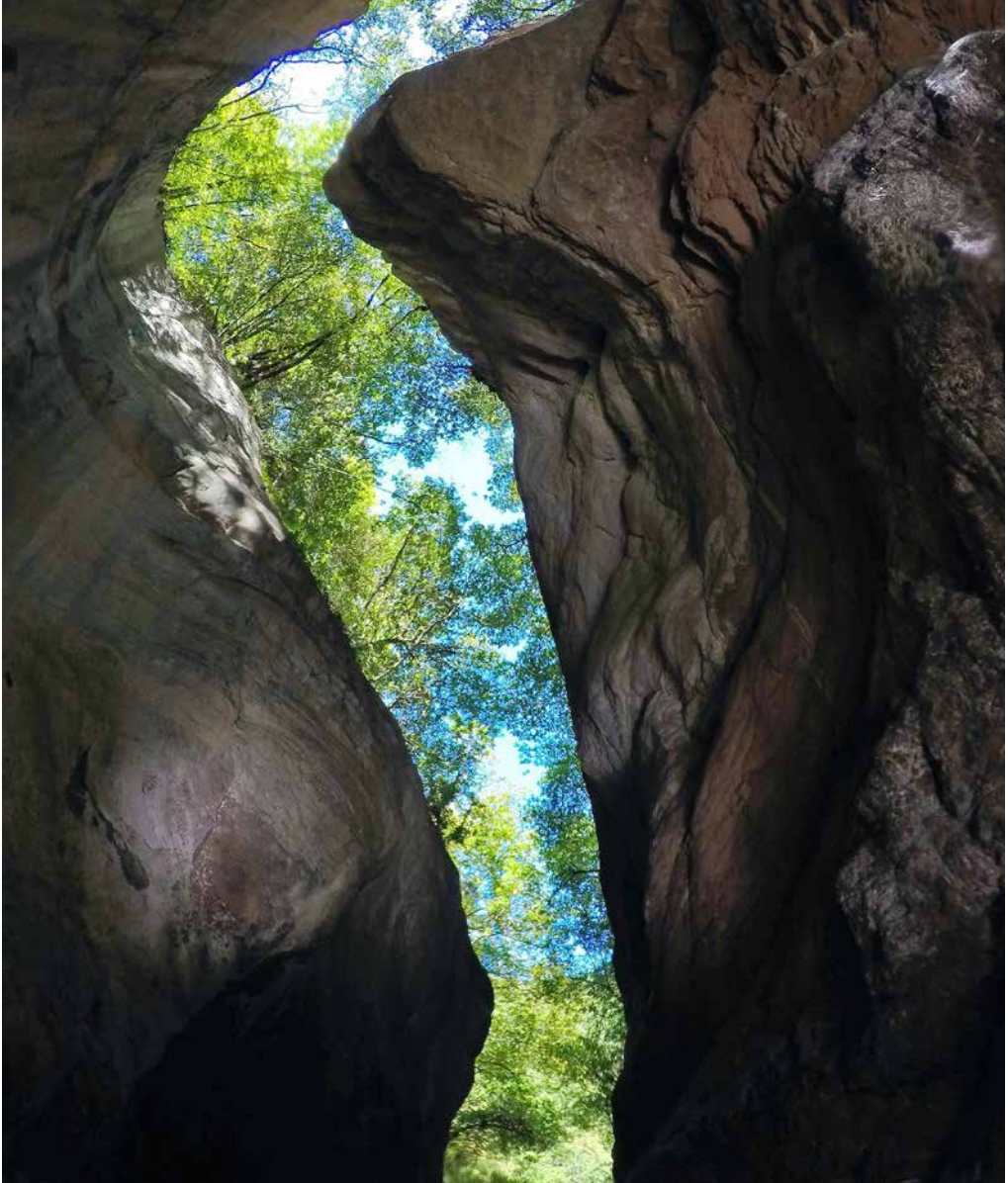
Als geestelijk verzorger krijg je soms bijzondere religieuze ervaringen te horen. In de context van de ggz roept dat de vraag op hoe je die ervaringen moet waarderen. Zijn het 'slechts' wanen en onderdeel van de ziekte of zijn het bronnen van betekenis? En wie bepaalt dat? Eva Ouwehand koos ervoor het perspectief van de cliënt te verkennen en toonde in haar proefschrift aan dat het niet zo zwart-wit ligt. In dit artikel legt ze haar belangrijkste inzichten uit en geeft ze adviezen voor de praktijk.

Eva Ouwehand

IN MIJN WERK als geestelijk verzorger in de ggz kom ik geregeld mensen tegen die intense religieuze ervaringen hebben gehad. Ik was benieuwd hoe zij deze ervaringen interpreteren als zij weer hersteld zijn en of deze ervaringen blijvende invloed hebben op hun leven. Maar als mensen eenmaal met ontslag zijn, spreek je ze meestal niet meer. Mijn nieuwsgierigheid hiernaar was het startpunt van mijn promotieonderzoek. De belangrijkste onderzoeksvraag daarbij was welke ervaringen mensen met een bipolaire stoornis kunnen hebben die zij zelf als religieus of spiritueel zien en hoe ze deze achteraf in-

terpreteren, zodra ze hersteld zijn van een acute ziekte-episode.

In dit artikel zal ik eerst kort iets over de bipolaire stoornis en over de godsdienstwetenschappelijk en medisch-antropologische achtergrond van de studie zeggen. Vervolgens zal ik de resultaten van het kwalitatieve en het kwantitatieve deel van de studie bespreken. Een belangrijke conclusie van de studie is dat religieuze en medische wijzen van interpreteren vaak vervlochten zijn bij mensen met deze ervaringen. De consequenties hiervan voor de manier waarop geeste-



lijk verzorgers in hun werk op dit thema zouden kunnen ingaan, komt aan het slot van deze bijdrage aan de orde.

Bipolaire stoornis en religieuze ervaringen

De bipolaire stoornis is een aparte categorie in de DSM-5 (APA, 2013). Deze psychiatrische aandoening wordt gekenmerkt door polariteit (Goodwin & Jamison, 2007) en komt bij ongeveer 2 procent van de bevolking voor. (Hypo)manieën en depressies wisselen elkaar af, met daar tussen perioden van herstel of stabiliteit. Een manie wordt geken-

merkt door een uitbundige en soms geïrriteerde stemming, toename van activiteit, energie en spraakzaamheid, vermindering van slaap en vaak een vorm van grenzeloosheid en zelfoverschatting, die kan leiden tot onaangename consequenties, zoals het uitgeven van te veel geld of het aangaan van relaties waarvan men later spijt heeft. Een hypomanie is een minder ernstige vorm van manie, die niet tot opnames leidt en vaak als positief wordt ervaren door de persoon zelf.

De bipolaire type-I-stoornis (met manieën) en de type-II-stoornis (met hypomanieën) zijn de be-

langrijkste varianten van de ziekte. Bij beide typen van de ziekte worden (hypo)manieën afgewisseld met depressies. Dan is er juist sprake van verminderde vitaliteit, een sombere stemming en een negatieve kijk op het leven en op zichzelf. De depressies duren vaak langer en mensen lijden er meestal meer aan dan aan (hypo)manieën, omdat deze laatste samengaan met een positieve stemming.

Zijn het wanen, en dus onderdeel van de ziekte, of bronnen van betekenis?

Er is heel weinig onderzoek gedaan naar de bipolaire stoornis en religieuze ervaringen, en dan meestal vanuit een psychiatrisch perspectief, dus als religieuze wanen of hallucinaties. Bij het gebruik van deze begrippen in onderzoek blijft het onderscheid met 'normaal' geloof vaag en wordt vaak ook weinig rekening gehouden met de religieuze of culturele achtergrond van de deelnemers (Cook, 2015). Uit een voor mijn onderzoeksvraag relevante kwalitatieve studie kwam naar voren dat de worsteling om religieuze ervaringen die samenhangen met de bipolaire stoornis te interpreteren, een belangrijk thema is voor een derde van de onderzochten (Michalak, Yatham, Kolesar & Lam, 2006).

Religieuze ervaringen vanuit verschillend perspectief

In het theoretisch kader van de studie ben ik van een godsdienstwetenschappelijk en godsdienst-sociologisch perspectief uitgegaan. Daarin worden nieuwe vormen van spiritualiteit – in de lijn van het denken van Ernst Troeltsch (1923) en later godsdienstsociologen als Possamai (2005) en De Hart (2011) – gezien als een bepaalde, zich vanaf eind negentiende, begin twintigste eeuw ontwikkelende vorm van religie, waarin het gezag van persoonlijke ervaringen een belangrijke plaats inneemt. Er is eerder sprake van transformatie van religie dan alleen van secularisatie, waarbij de nadruk sterk op de ervaringskant

komt te liggen, zowel binnen de christelijke traditie (met name in de groeiende evangelische stromingen) als in nieuwe, hybride vormen van spiritualiteit (Van Harskamp, 2000).

In nieuwe spiritualiteit of new age-spiritualiteit komen niet alleen de verticale transcendentie-ervaringen van een hogere of bovennatuurlijke macht voor, maar ook horizontale transcendentie-ervaringen, zoals de ervaring van het in contact staan met je diepste zelf, het ervaren van synchroniciteit of eenheidservaringen met de natuur of de kosmos (Berghuijs, 2016, 2017; Bernts & Berghuijs, 2016). Deze grotere context van religie in een moderne, westerse samenleving is van belang voor de soort religieuze ervaringen die mensen met een bipolaire stoornis in deze tijd hebben en voor hoe zij deze interpreteren.

De transformatie van religie in de moderne samenleving krijgt in veel kwantitatief onderzoek een invulling door de zelftypering van mensen als religieus en/of spiritueel te gebruiken als religieuze variabele, waarbij gekeken wordt naar wat de groepen 'alleen spiritueel', 'alleen religieus', 'religieus en spiritueel' en 'religieus noch spiritueel' geloven, welke soort religieuze ervaringen zij hebben, welk religieuze praktijken zij erop na houden, enzovoort (Bernts & Berghuijs, 2016; Berghuijs, Pieper & Bakker, 2013; De Hart, 2011). Ook ik heb deze indeling in mijn onderzoek gebruikt.

Relevant voor deze studie is daarnaast het begrip 'explanatory models' (verklaringsmodellen) van medisch antropoloog Arthur Kleinman (1988, 1991), omdat de studie gaat over de interpretatie van religieuze ervaringen in een psychiatrische context. Een belangrijk observatie van Kleinman was de botsing in de behandelkamer tussen het medisch model van arts of psychiater en de persoonlijke, vaak spirituele verklaringen die patiënten en hun naasten voor een ziekte hebben. De religieuze of spirituele connotaties van deze persoonlijke verklaringen zijn weer ingebed in vigerende le kentheorieën over ziekte en gezondheid in een samenleving. In onze samenleving zijn dat bijvoorbeeld de meer holistische benaderingen van alternatieve geneeswijzen, die volgens een onderzoek van Hoenders,

Appelo en Milders (2006) door 42 procent van de mensen met een psychiatrische aandoening gebruikt worden. Alternatieve geneeswijzen zijn weer nauw verbonden met allerlei vormen van nieuwe spiritualiteit die een visie hebben op gezondheid, ziekte en spirituele groei (Hanegraaff, 1996).

Onderzoeksvraag en methode

De belangrijkste onderzoeksvragen waren ten eerste de vraag naar verschillende typen religieuze ervaring bij mensen met een bipolaire diagnose en hoe vaak deze typen voorkomen. Ten tweede de vraag naar hoe mensen met een bipolaire diagnose deze ervaringen achteraf verklaren of interpreteren, of zij blijvende invloed hebben op hun leven en hoe vaak verschillende verklaringsmodellen voorkomen.

Het onderzoek bestond uit 34 kwalitatieve, semigestructureerde interviews, afgenomen door een psychiater in opleiding en de onderzoeker (geestelijk verzorger), gevolgd door een vragenlijst onder circa tweehonderd cliënten. Stabiliteit van de cliënt was een voorwaarde, omdat het alleen dan mogelijk is om op intensieve wijze, in een interview van anderhalf tot twee uur, op religieuze ervaringen en hun betekenis te reflecteren. Deelnemers werden geworven via Altrecht, de patiëntenvereniging Plusminus en de website Psychosenet.nl. Het gedeelte over religieuze ervaringen en interpretaties daarvan werd open gecodeerd in het kwalitatieve onderzoeksprogramma NVIVO, door mijzelf en de tweede interviewer (een psychiater in opleiding) afzonderlijk, waarbij na tien interviews langzamerhand de belangrijkste thema's en hun samenhang zichtbaar werden. Dit proces herhaalde zich bij de andere interviews, tot zich geen nieuwe thema's meer aandienen.

In de interviews en de analyse hebben we een scheiding proberen te maken tussen beschrijvingen van wat mensen zintuigelijk hadden ervaren, dus hoe ze zich de ervaring herinnerden, en reflecties op ervaringen. Op grond van de gevonden resultaten werd een vragenlijst samengesteld die door bijna tweehonderd patiënten van de afdeling Altrecht Bipolair werd ingevuld.

Resultaten

De meest voorkomende ervaringen waren ervaringen van horizontale transcendentie. Dit zijn ervaringen die niet naar een bovennatuurlijke werkelijkheid verwijzen, maar bijvoorbeeld naar de natuur, intermenselijkheid, de kosmos of naar een dieptedimensie van het menselijk bestaan. Voorbeelden hiervan waren een intense ervaring van geluk, liefde, vrede of schoonheid, die bij 77 procent van de cliënten van Altrecht Bipolair voorkwam. Een iets ander voorbeeld was de ervaring dat alles een bijzondere betekenis heeft en dat niets toevallig gebeurt (66 procent). Mystieke of eenheidservaringen, die in dit onderzoek zowel konden duiden op ervaringen van horizontale als van verticale transcendentie (verwijzend naar het bovennatuurlijke, God of het goddelijke), werden door 57 procent gemeld. Een ervaring van verticale transcendentie – het ervaren van de aanwezigheid van het goddelijke of God – kwam bij 51 procent voor. Het minst voorkomend waren religieuze verschijningen (21 procent) en stemmen (12 procent) en het gevoel een belangrijk religieus persoon te zijn (20 procent).

De meestvoorkomende ervaringen waren die van horizontale transcendentie

Uit de kwalitatieve interviews bleek dat het voor deelnemers veel gemakkelijker was om religieuze ervaringen in (hypo)manieën te noemen dan ervaringen die in stabiele periodes voorkwamen. Er was een geneigdheid om bijzondere ervaringen, die vaak met manieën samenhangen, als religieus te zien. Tijdens depressies bleek geloof of spiritualiteit voor veel mensen afwezig te zijn (44 procent in het vragenlijstonderzoek) of men had het gevoel dat God afwezig was (36 procent in het vragenlijstonderzoek). Ook meldde een klein aantal mensen in de interviews negatieve ervaringen tijdens een depressie, zoals de angst om vernietigd te worden (waarin een eenheidservaring kon onttaarden) of de aanwezigheid van de duivel.



In het vragenlijstonderzoek zat ook een open vraag, waarbij mensen zelf ervaringen konden beschrijven. Hier werden onder andere contact met overledenen, uittredingen, bijna-doodervaringen, het spreken in tongen, bekeringservaringen, kundalini-ervaringen en herinneringen aan vorige levens genoemd.

Uit de interviews bleek dat zowel positieve als negatieve ervaringen gepaard konden gaan met sterke emoties, fysieke sensaties en een krachtig gevoel van energie in het lichaam, grote intensiteit en veranderde bewustzijnstoestanden. Voor sommige mensen was er een glijdende schaal in intensiteit tussen de ervaringen die men 'normaal' (als men stabiel was) kon hebben en tijdens een (hypo)manie.

Verklaringsmodellen

Spirituele groei of verdieping van het geloof was een belangrijk thema in 21 interviews; in het vra-

genlijstonderzoek bleek 46 procent te vinden dat de ervaringen bij hun spirituele ontwikkeling hoorden en hun geloof of spiritualiteit hadden verdiept. Voor een grote groep begon een zoektocht naar nieuwe vormen van spiritualiteit en de betekenis van hun ervaringen in samenhang met de bipolaire stoornis. Ten tijde van het interview had bijna de helft een betrokkenheid bij nieuwe spiritualiteit of new age-spiritualiteit, soms naast een andere affiliatie. Dit was bij sommigen zo gegroeid tijdens de levensloop, bijvoorbeeld in de adolescentie.

Het ontwikkelen van een manie en groeiende spirituele interesse gingen echter ook vaak hand in hand: de groep die zich 'alleen spiritueel' of 'religieus en spiritueel' noemde was tweemaal zo groot als in de algemene bevolking (Bernts & Berghuijs, 2016). Spirituele literatuur (o.a. Eckhart Tolle) en geloofsboeken, conferenties (bijvoorbeeld Crazy Wise of New Wine), workshops, intensieve (spirituele) persoonlijkheidsstrainingen (bijvoorbeeld Landmark of psychosynthese) vormden een bron bij deze zoektocht. Maar ook bijeenkomsten van de patiëntenvereniging, het raadplegen van vrienden, een geestelijke, geestelijk verzorger, ggz-medewerker of alternatieve genezers werden genoemd bij de zoektocht naar betekenis.

Mensen gebruikten in de interviews zowel religieuze als medische begrippen om hun ervaringen te interpreteren. Naast het gebruik van religieuze taal werd regelmatig gesproken over manie, psychose, depressie, enzovoort; terminologie uit het medisch model. Veel geïnterviewden beschreven naast de spirituele betekenis voor hun leven ook ontsporingen van de ervaringen. Men noemde daarbij bijvoorbeeld excessief magisch denken (waarbij te veel verbanden gezien worden), de manische 'drive' (waardoor je obsessief met de betekenis van de ervaring bezig bent en er te veel met anderen over gaat praten), grootheidswaan (jezelf als de meest interessante religieuze persoon zien, zoals een deelnemer met een knipoog opmerkte) of de ervaring van grote angst als mensen de regie totaal kwijtraakten.

Het veelvuldig voorkomen van dit verklaringsmodel – dat we 'zowel religieus als pathologisch'

hebben genoemd en waarin mensen dus zelf hun ervaringen religieus duiden, maar tegelijkertijd aangeven dat ze ook pathologische kanten kunnen hebben – werd door bevindingen in het vragenlijstonderzoek ondersteund. Daarin bleken alle religieuze ervaringen significant vaker voor te komen in manieën dan in stabiele periodes, waarbij participanten de episode zelf konden markeren.

Uit het vragenlijstonderzoek bleek ook dat hoe religieuzer mensen waren, des te meer zij de onderzochte ervaringen als deel van hun spirituele ontwikkeling zagen en des te minder als iets dat uitsluitend pathologisch zou zijn of waar je afstand van moet houden.

Interpretaties in de loop van de tijd

Een belangrijke vraag is of ervaringen die samenhangen met ziekte-episodes blijvende invloed hebben op iemands leven. De vraag naar blijvende invloed van ervaringen is echter niet zo gemakkelijk te beantwoorden. Uit godsdienst-sociologisch onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat eenheidservaringen, die volgens De Hart (2011) bij 29 procent van de Nederlandse bevolking voorkomen, slechts voor 12 procent blijvende invloed hebben. Niet alles wat men ervaart, is levensveranderend en dat heeft op zichzelf niets met een psychiatrische diagnose te maken.

In de vragenlijst gaf 58 procent over het totaal van de ervaringen aan, dat deze een blijvende positieve invloed hebben gehad op hun leven. Per ervaring verschilden deze percentages echter aanzienlijk. De intense ervaring van geluk, liefde, vrede, schoonheid of vrijheid, de ervaring van de aanwezigheid van God of het goddelijke, maar ook de eenheidservaringen, hadden voor ongeveer de helft van de participanten bijvoorbeeld blijvende invloed op hun leven. De ervaring een missie voor de wereld te hebben, had dit voor een derde van de participanten. Het hoogst scoorde het horen van een goddelijke stem: voor twee derde had dit blijvende invloed. Het laagst scoorde de ervaring een belangrijk religieus persoon te zijn.

Uit het kwalitatieve deel van het onderzoek rees een genuanceerd beeld op van de ontwikkeling

van verklaringsmodellen in de loop van iemands leven. Zo bleek dat tijdens depressieve episodes veel interpretaties van ervaringen in manieën totaal in twijfel werden getrokken. Dacht men een spiritueel pad gevonden te hebben, dan liep dat soms dood in de depressie, waarbij sommigen tijdelijk afstand tot elke vorm van geloof of spiritualiteit namen.

Twijfel over de waarde van de religieuze ervaringen was een terugkerend thema, zowel in de interviews als in het vragenlijstonderzoek, waarbij 30 procent niet zeker wist of de ervaringen nu als religieus of als pathologisch gezien moesten worden. In de interviews wogen mensen de kosten van dergelijke ervaringen – zoals een opname, niet voor je kinderen kunnen zorgen of verlies van contacten – af tegen het bijzondere ervan en de inzichten die zij gebracht hadden.

Voor de wat oudere deelnemers, die al jaren ervaring met de bipolaire stoornis hadden, bleken religieuze ervaringen in hun leven meer te zijn gaan relativiseren. Zij gaven bijvoorbeeld aan dat zij er in hun jongere jaren te veel gewicht aan hadden toegekend; bijvoorbeeld als nastrevenswaardig omdat zij heel bijzonder of heel fijn geweest waren, hen inzichten hadden gegeven of toegang hadden gegeven tot andere dimensies. Door vallen en opstaan hadden zij geleerd ermee om te gaan en waren zij ook andere aspecten van geloof of spiritualiteit meer gaan waarderen.

Toch waren er ook mensen in de interviews die blijk gaven van een blijvende discrepantie tussen de indrukwekkende ervaringen die men in de manie had gehad en het gewone dagelijks leven, als men hersteld was. Voor deze mensen was deze discrepantie een bron van verdriet, pijn en vervreemding, vanwege het niet kunnen delen of integreren van de ervaringen.

Communicatie over religieuze ervaringen en behandelverwachtingen

Een belangrijk thema dat uit de interviews naar voren kwam, was de behoefte aan erkenning van de ervaringen als niet uitsluitend pathologisch, maar van grote betekenis voor de persoon. Daarbij had men behoefte aan een kritisch klankbord en ruimte om de ervaringen in hun betekenisvolle en ontwrichtende aspecten te onderzoeken.

Die ruimte vond men over het algemeen niet in de psychiatrische behandeling; enkele uitzonderingen daargelaten. Toch bleek uit het vragenlijstonderzoek bij Altrecht Bipolair dat bijna de helft zijn of haar ervaringen met een ggz-professional had gedeeld (48 procent). Ook vond 56 procent van de mensen die religieuze ervaringen hadden gehad het belangrijk om dit in de behandeling te bespreken; 50 procent van de hele steekproef hechtte waarde aan aandacht voor zingeving en spiritualiteit in de behandeling.

Conclusies

Religieuze ervaringen in de context van de psychiatrie zijn een complex onderwerp. Een simpel onderscheid tussen pathologische en niet-pathologische ervaringen, zoals in de psychiatrische literatuur vaak naar voren komt, blijkt niet te stroken met hoe geïnterviewden hun ervaringen zelf ervaren en verklaren. Een van de conclusies uit dit onderzoek is dat mensen met een bipolaire stoornis religieuze ervaringen kunnen hebben die met de ziekte samenhangen, maar dat zij tegelijkertijd religieuze en spirituele betekenissen kunnen toekennen aan deze ervaringen, omdat deze hun leven blijvend beïnvloeden. De significante associatie tussen religieuze variabelen en het interpreteren van ervaringen als deel van iemands spirituele ontwikkeling (en niet als uitsluitend pathologisch) kan leiden tot de conclusie dat een religieus referentiekader kan helpen bij het integreren van deze ervaringen in het eigen levensverhaal.

Er was behoefte aan erkenning van de ervaring als niet alleen pathologisch

Tegelijkertijd kan men – vanuit psychiatrisch perspectief – de vraag stellen of een bipolaire of psychotische kwetsbaarheid niet mede de oorzaak is van toegenomen interesse in religiositeit of spiritualiteit. In dit onderzoek is de groep die zich ‘spiritueel’ en ‘spiritueel en religieus’ noemt bijvoorbeeld tweemaal zo groot (63 pro-

cent) als in de algemene bevolking (31 procent) en zou een bipolaire kwetsbaarheid mogelijk tot meer eenheidservaringen (57 procent) kunnen leiden dan in de algemene bevolking (29 procent). Onderzoek toont aan dat grote religieuze betrokkenheid een vorm van religieuze coping kan zijn (Baetz, Bowen, Jones & Korfu-Sengul, 2006) en dat juist daardoor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening mogelijk meer interesse hebben voor religie dan de algemene bevolking.

Voor de psychiatrische praktijk betekenen de uitkomsten van dit onderzoek in ieder geval dat het bespreken van het onderwerp en het exploreren van herstelbevorderende en ontwrichtende aspecten van de ervaringen individueel maatwerk moeten zijn.

Implicaties voor de praktijk

Dit onderzoek heeft aangetoond dat er bij mensen met een bipolaire diagnose behoefte is om op religieuze ervaringen en de relatie met het eigen levensverhaal te reflecteren, zowel binnen als buiten de behandeling. De psychiatrische behandeling is daar echter (nog) niet voor toegerust en geestelijk verzorgers hebben over het algemeen geen mandaat om dit deel van de ambulante zorg voor hun rekening te nemen.

Om de resultaten van het onderzoek vruchtbaar te kunnen maken voor de praktijk, zie ik verschillende mogelijkheden die tegelijkertijd uitdagingen zijn, omdat zij niet vanzelfsprekend aansluiten op de huidige organisatie van ggz, herstelacademies en geestelijke verzorging. Voor individuele geestelijke begeleiding is een vorm van voortgaande zorg (mandaat voor ambulante zorg) of ketenzorg (met geestelijk verzorgers in de eerste lijn) nodig. Het interpreteren van religieuze ervaringen die samenhangen met een manie gebeurt immers achteraf en is een jarenlang proces van vallen en opstaan, niet gebonden aan een opname.

Een andere mogelijkheid is dat geestelijk verzorgers bijdragen aan een vorm van psycho-educatie op het gebied van geloof en spiritualiteit voor mensen van gespecialiseerde behandelcentra (zoals Altrecht Bipolair). Psycho-educatie wordt

Het

Het is uitzichtloos, het is treurig. Het is fantastisch, het is subliem. Het is gewoon, het is normaal. Het is ontredderend. Het is beweging, het is het einde. Positief en negatief. Het is onverwachts, het is een patroon. Het is rigide, het is wispelturig. Het is groots en luid, het is heel stil.

Het gaat maar door en het stukt. Het leidt zichzelf, het wordt geleid. Het is de dijkdoorbraak, de overstroming en de wederopbouw. Het is kort, het is lang. Somber, suïcidaal, euforisch en geniaal. Het denkt, het voelt. Het is uitgelaten, het is afgevlakt. Het stuitert, het ligt. Het vertikt, volgt elke impuls. Het is chaos, het is gronding.

Het vormt mij. Het definieert mij niet.

Het gebruikt mijn zintuigen, zet mijn voelsprietten aan en weer uit. Het geeft mij inspiratie, het geeft mij getob. Het past als een jas, die ik soms even niet wil dragen. Het zet mij op slot en lanceert mij. Het maakt me bang en onbevreesd. Het geeft mij grootheidswaanzin, maakt mij extreem onzeker. Het buldert en het huilt. Het is spiritueel en het is niets. Het is dit moment. Het is meegaand en het verzet zich.

Het is passief, het is actief. Het is de uitbarsting van de vulkaan tijdens een orkaan. Het is daarvoor en daarna. Het is nacht bij dag. Het is dag bij nacht. Het is de zon, een grasspriet. Het is het moeras en de bergtop. Het is zwemmen ondergronds, het is zweven door de kosmos. Het is exploderen, imploderen. Het is niets willen en alles.

Het was Abilify, Seroquel, Lamotrigine. Het was opname en sertraline. Het was sloom zijn, aankomen. Het is Priadel, trillen, urineren. Het was drinken en roken. Het is stoppen en met mate. Het is zwart en het is wit en genuanceerd.

Het onderscheidt mij, maakt mij grijs. Het is hardlopen, hoteldebotel. Het is twijfel, dat is zeker. Het onderbreekt, initieert, blokkeert en maakt vrij.

Het is.

Dirk van Vijfeijken

aangeboden als mensen niet meer in een acute ziekte-episode zijn. Dit impliceert aansluiting bij de ggz en vraagt van geestelijk verzorgers specialistische kennis op het gebied van bijvoorbeeld de bipolaire stoornis of psychotische stoornissen. Samenwerking met ervaringsdeskundigen is daarbij wenselijk.

Een tweede mogelijkheid is om – los van een diagnose – een platform te bieden voor de uitwisseling van religieuze ervaringen in relatie tot psychische kwetsbaarheid. Dit kan in open am-

bulante groepen, die in de ggz soms al door geestelijk verzorgers begeleid worden. Het zou ook in de eerste lijn aangeboden kunnen worden vanuit de Centra voor Levensvragen, als de criteria voor vergoeding verruimd worden en mensen met een psychische kwetsbaarheid geïncludeerd worden in het doelgroepenbeleid van de overheid.

Het is ook mogelijk om aansluiting te zoeken bij herstelacademies of -werkplaatsen, waar begeleid door lotgenoten aan herstel wordt gewerkt en nu soms al een aanbod op het gebied van spi-

ritualiteit is. De uitdaging hier is dat veel herstelacademies alleen met ervaringsdeskundigen werken en de geestelijk verzorger als een ggz-professional zien die te veel in psychiatrische categorieën denkt. Dat is jammer, want er zijn in veel opzichten raakvlakken tussen de herstelbenadering en geestelijke verzorging.

Een derde mogelijkheid is om vanuit kerken of spiritualiteitscentra een aanbod te doen waaraan mensen met en zonder psychische kwetsbaarheid van elkaar kunnen leren. Geestelijk verzorgers kunnen met hun specialistische kennis en ervaring een brugfunctie vervullen; ook hier is de financiering echter een probleem.

Op dit moment ligt er een aanvraag bij ZonMw om een cursus te ontwikkelen over religieuze ervaringen en psychische kwetsbaarheid die zowel bij gespecialiseerde behandelcentra (zoals Altrecht Bipolair) als bij herstelacademies gegeven kan worden (zie www.spiritualiteitinbalans.nl).

Dr. E. Ouwehand is geestelijk verzorger bij Altrecht te Utrecht en bij Hospice Zutphen. E-mail: e.ouwehand@altrecht.nl.

Literatuur

American Psychological Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5th ed). Washington, DC: APA.

Berghuijs, J. (2016). Nieuwe spiritualiteit en sociale betrokkenheid. *Psyche en Geloof*, 27, 11-30.

Berghuijs, J. (2017). Multiple religious belonging in the Netherlands: an empirical approach to hybrid religiosity. *Open Theology*, 3, 19-37.

Berghuijs, J., Pieper, J. & Bakker, C. (2013). Being 'spiritual' and being 'religious' in Europe: diverging life orientations. *Journal of Contemporary Religion*, 28 (1), 15-32.

Bernts, T. & Berghuijs, J. (2016). *God in Nederland 1966-2015*. Utrecht: Ten Have.

Cook, C.C.H. (2015). Religious psychopathology: the prevalence of religious content of delusions and hallucinations in mental disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 61, 404-425.

Goodwin, F.K. & Jamison, K. (2007). *Manic-depressive illness. Bipolar disorders and recurrent depression*. New York, NY: Oxford University Press.

Hanegraaff, W.J. (1996). *New age religion and western culture. Esotericism in the mirror of secular thought*. Leiden: Brill.

Harskamp, A. van (2000). *Het nieuw-religieuze verlangen*. Kampen: Kok.

Hart, J. de (2011). *Zwevende gelovigen. Oude en nieuwe spiritualiteit*. Amsterdam: Bert Bakker.

Hoenders, H.J.R., Appelo, M.T. & Milders, C.F.A. (2006). Complementaire en alternatieve geneeswijzen (CAG) en psychiatrie: meningen van patiënten en psychiaters. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 733-737.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives*. New York: Basic Books.

Kleinman, A. (1991). *Rethinking psychiatry. From cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.

Koenig, H.G. & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, 1 (1), 78-85.

Michalak, E.E., Yatham, L.N., Kolesar, S. & Lam, R.W. (2006). Bipolar disorder and quality of life: a patient-centered perspective. *Quality of Life Research*, 15, 25-37.

Mohr, S. & Pfeifer, S. (2009). Delusions and hallucinations. In P. Huguelet & H. Koenig (Eds.), *Religion and spirituality in psychiatry* (pp. 81-97). New York, NY: Cambridge University Press.

Ouwehand, E. (2020). *Mania and meaning. A mixed methods study into religious experiences in people with bipolar disorder: occurrence and significance*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Ouwehand, E., Braam, A.W., Renes, J.W., Muthert, J. K. & Zock, T.H. (2020). Holy apparition or hyper-religiosity: prevalence of explanatory models for religious and spiritual experiences in patients with bipolar disorder and their associations with religiousness. *Pastoral Psychology*, 69 (1), 29-45.

Ouwehand, E., Muthert, J.K., Zock, T.H., Boeije, H. & Braam, A.W. (2018). Sweet delight and endless night: a qualitative exploration of ordinary and extraordinary religious and spiritual experiences in bipolar disorder. *International Journal for Psychology of Religion*, 28 (1), 31-54.

Ouwehand, E., Zock, T.H., Muthert, J.K., Boeije, H. & Braam, A.W. (2019a). 'The awful rowing toward God': interpretation of religious experiences by individuals with bipolar disorder. *Pastoral Psychology*, 68 (4), 437-462.

Possamai, A. (2005). *In search of new age spiritualities*. Cornwall, England: MPG Books.

Troeltsch, E. (1923). Die Soziallehren der christlichen Kirchen und Gruppen. In H. Baron (Ed.), *Gesammelte Schriften* (3rd ed., Band 1). Tübingen: Mohr.

Vijfeijken, D. van (2019). *Tussen plus en minus. Gedichten en korte verhalen*. UitjeErvaring.