

# Onzichtbare boosaardige krachten in de psychiatrie?

BART SONNENSCHIEIN

---

*Deze interview gebeurt op grond van de hernieuwde publicatie, met toestemming, van het hoofdstuk dat Sonnenschein in 2001 publiceerde in het boek 'Niet te geloven', uitgegeven bij Kok Kampen. Eerst volgt het artikel van Sonnenschein, daarna geven enkele collegae commentaar en reageert Sonnenschein daarop.*

## INLEIDING

Loop jij er bij je werk als psychiater wel eens tegenaan dat er *'meer is tussen hemel en aarde'*? Zo luidde de vraag die aanleiding is tot het schrijven van dit hoofdstuk. Je zou de vraag ook anders kunnen stellen: 'Kom ik in mijn praktijk wel eens situaties tegen waarin onzichtbare boosaardige krachten, de menselijke geest beïnvloeden?' Die vraag kan ik mij wel voorstellen omdat *vaker dan we denken* wordt aangenomen – ook door patiënten zelf – dat boosaardige krachten een rol spelen bij psychiatrische ziekten. De vervolgvragen zie ik al voor me: Hoe kijk ik daar als psychiater dan tegenaan? En is er een duidelijk onderscheid te maken met de 'zichtbare', althans voor ons aannemelijk gemaakte psychiatrische ziektebeelden?

Voor mij als arts en wetenschapper is het echter niet eenvoudig iets te schrijven over onzichtbare, boosaardige krachten; een arts heeft daar niet voor geleerd. Om toch iets over deze krachten te vertellen vanuit de psychiatrische praktijk, moet ik eerst iets doorgeven over mijn eigen leven. Hoe ik, los van de psychiatrische praktijk, als christen geconfronteerd ben met die krachten, voordat ik als psychiater met psychisch zieke mensen te maken had.

## MIJN EIGEN VERLEDEN

Ik ben in een rooms-katholiek gezin grootgebracht. Mijn ouders waren diep gelovig, maar spraken er weinig over. Ze bewaarden het geloof in hun hart. Zo was dat in die tijd. Als jongste van vier kinderen lieten ze me vanaf de puberteit vrij om naar de kerk te gaan. Dus ging ik niet meer. Ergens geloofde ik nog wel in iets of iemand die achter alle dingen staat (God?), maar ik was er helemaal niet mee bezig.

Toen ik aan het eind van mijn middelbare schooltijd nadacht over wat ik wilde worden, was voor mij één ding duidelijk: ik wilde voor mensen iets betekenen. Ik besloot medicijnen te gaan studeren om psychiater te worden. In het tweede jaar van mijn studie had ik mij in een impuls opgegeven voor een zeilkamp van een evangelische studentenbeweging. Tijdens gesprekken kwam ik onder de indruk van medezeilers die vertelden dat ze geloofden in het bestaan van een persoonlijke God. Ik zag hoe deze mensen met elkaar optrokken, hoe ze elkaar volledig accepteerden en merkte wat dat gemeenschappelijk houvast in een persoonlijke God, de God van de Bijbel, voor hen betekende. Mijn belangstelling was gewekt en na een aantal diepgaande gesprekken besloot ik het ook met de God van de Bijbel te wagen; ik verslond in een paar maanden de Bijbel. De dingen van het dagelijkse leven leerde ik met God te delen; ik leerde bidden en beleefde concrete verhoeringen. Er bleek meer te zijn tussen hemel en aarde.

Bepaalde Bijbelteksten kwamen regelmatig terug, bemoedigden mij en wezen mij een weg. Wat mij bij het lezen van de Bijbel al gauw was opgeval-

len waren de genezingsverhalen, in het bijzonder uit de Evangelieën. Hier was duidelijk meer aan de hand dan ik vanuit mijn studie kende – maar wat moest ik ermee? Hoe moest ik het vertalen naar mijn toekomstig werk als arts? Je moet bij de studie geneeskunde in hoog tempo veel dikke boeken doorwerken. Daar staat veel interessants in. Maar nu net niets over déze kwesties.

In die tijd maakte God Zelf mij duidelijk hoe ik beide mogelijkheden in het dagelijks leven kon samenvoegen. Ik zat thuis aan tafel te studeren voor mijn doctoraal en wisselde het studeren af en toe af met Bijbellezen. Toen ik een keer de Bijbel pakte, werd de kamer gevuld met een intense stilte die ik zó niet kende. Zonder dat ik dat uit eigen beweging deed begon ik te bidden – maar de woorden en klanken die ik voortbracht begreep ik zelf niet. Wel ervoer ik een intense vrede.

Van anderen vernam ik achteraf dat zij dit ook kenden, als een extra gebedsgave die je diep verbindt met God; juist dan, als je zelf geen woorden hebt om je tegenover God uit te drukken (de bijbel noemt dit tongentaal). Voor mij was het onmiddellijke gevolg dat ik me een 'heel' mens voelde. De 'kloof' tussen studie en geloof ervoer ik zo niet meer. Achteraf bleek dat ik er ook een stuk intuïtie bij had gekregen, een heel stuk openheid namelijk, voor zowel de mogelijkheid van genezing op gebed als voor het herkennen van boosaardige krachten.

Ik kreeg vaak ingevingen die midden in de roos bleken te zijn; mensen werden geraakt, en kregen richting voor hun problemen.

#### ERVARINGEN MET BOOSAARDIGE KRACHTEN

Nadat we getrouwd waren, hebben mijn vrouw en ik ons ingezet om mensen in geestelijke nood pastorale hulp te verlenen. In die tijd deden we ervaring op met wat ik nu noem: boosaardige krachten. 'Er is iets donkers, dat mij tegenwerkt', zei iemand voor wie wij baden. Nu ben ik vrij nuchter, maar omdat de Bijbel vertelt over demonische krachten en ik in toenemende mate ervoer, dat het in het geloof niet alleen gaat om het verstand, maar ook om wat er feitelijk ervaren wordt en gebeuren kan, overwoog ik of dit nu ook boosaardige krachten zouden kunnen zijn waarvan in de Bijbel wordt verteld. Als Jezus mensen aan het helpen was,

stuitte Hij vaak op 'tegenkrachten'; in de evangelieën worden ze *demonen, onreine geesten of Satan* genoemd. Jezus dreef ze uit. Hij genas zieken, maar Hij dreef ook boze geesten uit. Ik begon deze tegenkrachten, net als Jezus deed, te gebieden dat ze moesten verdwijnen. Het had effect!

Er speelden nog andere factoren een rol, die mij erin bevestigden dat boosaardige krachten reëel kunnen zijn. Als er een tegenkracht was, merkte ik dat aan de intensiteit van de gebedstaal. Daar kwam bij, dat als er meer mensen meebaden, zij op andere manieren deze demonische krachten opmerkten; de een zag een beeld, een stang bijvoorbeeld, die verbroken moest worden of een slang; de ander ervoer iets donkers of rook een vieze stank. Zo toetsten we onze ervaringen aan elkaar. Waren we het met elkaar eens, dan richtten we ons gebed op deze boosaardige krachten, waarna de tegenstand verdween.

#### NEGATIEVE OCCULTE INVLOEDEN

In onze pastorale contacten merkten wij dat zulke demonische krachten vaak werkten bij mensen die bepaalde invloeden hadden ondergaan. Met name occultisme, magie, spiritisme en dergelijke konden gelovigen ernstig blokkeren in hun relatie met God en een verkeerde uitwerking hebben op hun psychisch welzijn. Mensen werden angstig en depressief, of hadden last van stemmen. Zo vertelde een vrouw dat ze moeilijk kon slapen, nadat zij een spiritistische séance had bezocht. Ze was er bang van geworden en wilde er graag van bevrijd worden. Toen wij vervolgens bij haar deze 'banden of krachten van spiritisme' in de naam van Jezus verbraken, bleek de blokkade opgeheven te zijn en namen de klachten af.

We maakten nog vreemdere dingen mee: Als wij met mensen tijdens het gebed op het punt waren gekomen om de boosaardige macht aan te pakken, dan ging ineens de telefoon; het bleek nu eens een anonieme beller te zijn, dan weer iemand waarvan wij wisten dat hij ook verkeerde machten in zijn leven toeliet. De geestenwereld reageerde. Boosaardige krachten vinden het kennelijk niet leuk als zij ontdekt worden, en maken amok. We lieten ons niet van ons stuk brengen en zagen dit als een bevestiging dat we op het goede spoor zaten. We gingen door en werden verder met rust

gelaten. Tot zover mijn ervaringen in mijn pastorale contacten tijdens mijn studietijd.

#### PSYCHIATRIE EN BOOSAARDIGE KRACHTEN

Inmiddels was ik afgestudeerd en vanaf dat moment zijn mijn pastorale activiteiten afgenomen. Voor mij was een andere tijd aangebroken. Ik richtte mij op de psychiatrie. Ik moest eerst leren mijn vak naar behoren uit te oefenen. Ik begon me te trainen in wat ik geleerd had en keek naar mijn patiënten in eerste instantie door een psychiatrische bril en niet zozeer met een pastorale blik. Wat ik pastoraal had meegemaakt, leefde nog wel in mij, maar op de achtergrond. Het liet me niet los en zo ontstonden vragen: Was wat ik in mijn pastorale activiteiten had meegemaakt, ook psychiatrisch te verklaren of te benaderen? Zijn het twee kanten van dezelfde medaille, of zijn het twee totaal verschillende zaken? Inmiddels kan ik zeggen dat ik nog steeds een verschil ervaar tussen wat ik heb meegemaakt tijdens mijn pastorale werkzaamheden en de psychiatrische ziektebeelden waarmee ik in mijn werk als psychiater te maken heb, maar er zijn ook overlappingen.

Ik geef een paar voorbeelden uit mijn praktijk om het onderscheid duidelijk te maken. Er komen bij mij namelijk mensen op het spreekuur, die menen last te hebben van boosaardige krachten. Ik laat zien hoe ik daarmee heb leren omgaan en hoe ik verschillen of overlappingen tussen psychiatrie en gebondenheid door demonische krachten ervaar.

1. Gerard, een jongeman van 18, zegt dat hij dingen moet doen die hij niet wil; hij hoort stemmen, die van buitenaf komen, die anderen niet horen; de stemmen zetten hem aan tot suïcide en verkeerde seks. Hij is er heilig van overtuigd, dat dit komt door demonen en is daar niet vanaf te brengen. In het gesprek met hem vraag ik me eerst af of het niet voortkomt uit een mij bekend psychiatrisch ziektebeeld. Er is veel in Gerards verhaal dat wijst op *schizofrenie*. Zijn de stemmen soms *hallucinaties* en moet ik zijn eigen verklaring ervan onder de *wanen* rangschikken? Andere mensen horen immers niets en hijzelf is er niet op te corrigeren. Hij vertoont naast de stemmen ook vreemd gedrag: hij spreekt onsamenvattend en blijkt zich de laatste tijd sociaal niet goed meer te kunnen

handhaven. Deze verschijnselen bij elkaar doen mij besluiten dat hij inderdaad lijdt aan een vorm van schizofrenie.

Schizofrenie is een ernstig psychiatrisch ziektebeeld. Mensen die hieraan lijden hebben een kwetsbaar gestel; ze kunnen informatie van binnenuit en van wat er vanuit de buitenwereld op hen afkomt niet goed verwerken; ze voelen zich snel door allerlei prikkels overspoeld en raken in de war. Ze proberen dan hun innerlijke warboel te ordenen in vreemde denkbeelden, die niet met de werkelijkheid overeenkomen. In dit geval denkt de patiënt dat hij door demonen wordt beïnvloed. De ziekte openbaart zich vaak in de leeftijd dat er meer verantwoording op de schouders van iemand komt te liggen, zo aan het eind van de middelbare schooltijd. Langzamerhand trekt de zieke zich dan terug in zijn eigen waanwereld.

Wat Gerard nodig heeft, zijn medicijnen om de overprikkeling te verminderen en een rustige duidelijke structuur in zijn leven om zich weer aan de werkelijkheid te kunnen oriënteren. Hij zal echter zijn gehele leven lang zichzelf in acht moeten nemen en medicijnen gebruiken. De conclusie moet zijn dat we hier, ondanks Gerards eigen overtuiging, te maken hebben met een psychische ziekte en niet met demonische machten.

2. Meneer Hendriks komt op mijn spreekuur omdat hij erg angstig is. Hij durft niet meer met zijn auto te rijden, want hij heeft een keer een paniekaanval gehad, toen hij op een zondag op weg was naar de kerk. Hij kreeg last van hartkloppingen, transpireren en een beklemd gevoel op de borst; hij was bang dat hij flauw zou vallen of een hartinfarct krijgen en doodgaan. Toen hij de auto aan de kant van de weg gezet had, kwam hij enigszins tot rust. Iemand anders heeft hem naar huis gebracht. Sindsdien durft hij niet meer te rijden; hij wordt al angstig als hij aan de kerk denkt. Volgens hem houden boosaardige krachten hem van de kerkgang af. Er zijn geen paranormale verschijnselen en hij heeft zich nooit ingelaten met occulte bezigheden. Als verstandsmens zal hij zich nooit met dergelijke dingen bezighouden.

Het ziektebeeld herken ik: Er is sprake van een paniekstoornis die gepaard gaat met een fobie om naar de kerk te gaan.

Een paniekaanval is een begrensde periode van intense angst of een gevoel van angstig onbehagen, die binnen korte tijd een climax bereikt. Deze paniek gaat veelal gepaard met verschijnselen als hartkloppingen, transpiratie, trillen, een gevoel van ademnood, angst gek te worden of dood te gaan.

Een fobie is een angst om op een plaats of situatie te zijn van waaruit ontsnappen moeilijk kan zijn of waar geen hulp beschikbaar is als je een paniekaanval zou krijgen. Een fobie is dus vermijdingsgedrag op basis van angst.

Meneer Hendriks moet leren met zijn angst om te gaan, zich te ontspannen, zijn angstgedachten om te buigen naar de werkelijkheid, en zijn vermijdingsgedrag te overwinnen. Dat vergt heel veel oefening. Medicijnen kunnen daarbij zijn angsten doen verminderen en zelfs geheel wegnemen, zodat hij goed aan zichzelf kan werken. Er is hier dus geen sprake van boosaardige krachten.

3. Meneer Bosman komt op mijn spreekuur. Hij is de laatste tijd erg somber. Hij heeft dan ook nogal wat klappen te verwerken gekregen. Zijn vader is overleden. Zijn vrouw heeft een ernstige operatie ondergaan. Een van zijn kinderen wordt door de buurt bestempeld als schuldig aan het noodlottige ongeval van een buurjongen. Hij kan het niet verkroppen en voelt zich machteloos. Zelfs kost het hem moeite een en ander aan mij te vertellen. 's Nachts wordt hij vroeg wakker, overdag op zijn werk kan hij zich niet goed meer concentreren, thuis trekt hij zich terug en ligt hij vaak op bed. Het leven heeft voor hem geen zin meer, gedachten aan de dood spoken door zijn hoofd. Het leven lijkt hem meermalen een hel. Hij heeft moeite met zijn geloof – en ook daar voelt hij zich weer schuldig onder; hij vraagt zich af of boosaardige krachten hem kwellen, zijn denken beïnvloeden. Een keer heeft hij op het punt gestaan om een eind aan zijn leven te maken. Er is weinig twijfel mogelijk: deze man lijdt aan een depressieve stoornis.

We spreken van een depressieve stoornis als iemand tenminste twee weken:

- in een sombere stemming verkeert
- weinig energie en 'zin' en meestal ook slaap- en eetproblemen heeft
- concentratiestoornissen en (in een of andere vorm) besluiteloosheid vertoont
- blijkt geeft van geremdheid en/of geagiteerdheid en van minderwaardigheids- en/of doodsgedachten.

Als een en ander zich intensiveert en langduriger optreedt, is er sprake van een depressie.

Meneer Bosman kan beter worden door een begeleiding van praten en het gebruik van pillen. Pillen om de depressieve stemming te verlichten. Praten om zijn gevoelens te leren uiten en onder ogen te zien wat hij zo moeilijk vindt in het leven. Ook om in de gesprekken te leren hoe je daar anders mee om kunt gaan. Momenteel kan hij alleen maar door een negatief gekleurde bril kijken – waarmee hij zichzelf lam legt.

4. Meneer Westra komt op mijn spreekuur en vertelt beïnvloed te worden door demonische krachten. Hij blijkt echter sociaal goed te functioneren, hij praat en gedraagt zich gewoon. Toch blijft hij erbij dat hij door een boze macht wordt beïnvloed. Hij hoort namelijk stemmen die hem tot kwaad willen aanzetten. Hij vindt het zelf heel vreemd en hij schaamt zich ervoor.

Die stemmen komen pas sinds hij een spiritistische seance heeft bezocht. Er doen zich ook vreemde verschijnselen voor in zijn huis. Hij hoort klopgeluiden en soms gaat het licht aan en uit zonder dat iemand dat doet. Anderen bevestigen deze waarnemingen en ook zij kunnen geen verklaring vinden. De man is christen, maar kan de laatste tijd moeilijk bidden en bijbellezen. Hij voelt zich belemmerd in zijn geloofsleven, het is alsof een kracht hem tegenhoudt om in de kerk aan het avondmaal te gaan. Hoe moet ik hier als psychiater te werk gaan? Van schizofrenie is geen sprake. Misschien wel van een ander psychiatrisch ziektebeeld, maar ook zijn er verschijnselen, die op het paranormale vlak liggen en te maken zouden kunnen hebben met boosaardige krachten. Ik overweeg eerst of ik een ander psychiatrisch ziek-

tebeeld kan vaststellen. Is hier sprake van een dissociatieve stoornis?

Bij een dissociatieve stoornis beleven mensen zichzelf als verdeeld; de psychische functies zoals denken, voelen, het geheugen en bewustzijn functioneren los van elkaar. Of ze functioneren slechts gedeeltelijk *los van elkaar*. Zo kan iemand ervaren, dat zijn gevoel los van zijn verstand functioneert. Of dat hij volledig bewust dingen doet, die hij zich later totaal niet kan herinneren. Soms ziet hij zichzelf dingen doen buiten zijn wil om. De ernstigste vorm van een dissociatieve stoornis is de zogenaamde dissociatieve identiteitsstoornis, die vroeger meervoudige persoonlijkheidsstoornis heette. Daarbij functioneert iemand nu eens als een bepaalde persoon, dan weer als een heel andere figuur, zonder dat de een van de ander afweet. Velen kennen de film wel van mr. Jekyll en mr. Hyde; over de persoon, die aan de ene kant normaal functioneert en op andere tijden verandert in een persoon, die zich als een beest gedraagt. Het ene moment is hij 'de helper', het andere moment is hij 'de duivel'.

Terug naar het voorbeeld van meneer Westra, die stemmen hoort en zich beïnvloed weet door boosaardige krachten. Deze verschijnselen op zich zouden een gevolg van een dissociatieve stoornis kunnen zijn. Hij ervaart in zichzelf dingen, die hij niet bewust onder controle heeft en die los van elkaar functioneren. Hij heeft echter daarnaast een duidelijke belemmering in zijn geloofsleven en last van paranormale verschijnselen. Paranormale verschijnselen hebben op zichzelf niets met dissociatie te maken, ook al komen ze vaker voor bij mensen die aan een dissociatieve stoornis lijden. Ze wijzen eerder op krachten die wij niet bevatten of verklaren kunnen. Zoals gezegd, zijn de klachten ontstaan in samenhang met spiritisme of magie.

Ik kom bij meneer Westra tot de conclusie dat er mogelijk sprake is van een dissociatieve stoornis, en dat er daarnaast zeer waarschijnlijk invloed is van boosaardige krachten. Ik neem hem in behandeling en probeer de verschillende los van elkaar beleefde waarnemingen te bespreken en hun functie te ontdekken, zodat hij de verschillende

belevingen dichter bij elkaar kan brengen en ze begrijpt. Ik help hem op het vlak van de psychiatrie. Daarnaast verwijs ik hem naar een pastor, die ervaring heeft met bevrijdingspastoraat, zodat hij vrij kan worden van de onzichtbare boosaardige krachten die hem parten spelen.

#### STANDPUNTBEPALING EN ONDERSCHIEDINGS-CRITERIA:

Het laatste ziektegeval maakt wel duidelijk dat er dingen blijven die wetenschappelijk niet te verklaren zijn. En voorzover dat toch geprobeerd wordt, blijft het een psychiatrische (wetenschappelijke) verklaring en daarmee beperkt. Vanuit de Bijbel en de christelijke traditie wordt een heel andere verklaring voor deze verschijnselen gegeven: invloed van boosaardige krachten, van het kwade. Dat is dan wel vanuit een geloofsstandpunt en een bewijs wordt er niet bijgeleverd, maar voor een gelovige staat het vast.

Als wetenschapper en gelovige stel ik me op het standpunt dat gelovige mensen uit de eenentwintigste eeuw, die weet hebben van beide werkelijkheden, beide benaderingswijzen zouden moeten hanteren. Pas dan kunnen verschillen en overeenkomsten helder worden en kan er meer duidelijkheid komen. In Engeland hebben ze er kennelijk minder moeite mee wetenschap en religie beide te accepteren. Ze functioneren daar gewoon naast elkaar! In de Engelse – Anglicaanse – kerk wordt er dan ook de laatste honderd jaar veel belang gehecht aan het ambt van exorcist: in elk bisdom is een priester met deze zorg belast.

#### *Criteria*

Overeind blijft dat het noodzakelijk is om te onderscheiden of je te maken hebt met boosaardige krachten of met een psychiatrisch ziektebeeld. Daarvoor geef ik enkele criteria. Het is een voorzichtige keuze, maar met de volgende kan ik leven.

##### 1. Paranormale krachten.

Zijn er paranormale krachten negatief werkzaam? De patiënt ziet bijvoorbeeld van tevoren beelden van negatieve gebeurtenissen die een tijd later inderdaad plaatsvinden. Hij kan er niets mee en wordt er alleen maar bang van. Zo vertelde iemand

mij dat hij het bloedbad op het Plein van de Hemelse Vrede in Peking al maanden van tevoren had 'gezien'. Hij voorzag zulke dingen wel vaker. Een ander hoort kloggeluiden in zijn huis, ziet voorwerpen bewegen zonder dat iemand ze aanraakt; voorwerpen verdwijnen zo maar enzovoort. Allemaal verschijnselen die vanuit de psychiatrie niet verklaarbaar zijn. Ik wil hiermee niet zeggen dat alles wat paranormaal is uit de koker van de boze komt, maar het zet je wel aan het denken en ze komen vaak tegelijk met andere kenmerken van boze krachten voor.

## 2. Antigoddelijk gericht.

Daarnaast moet je nagaan of wat zich als boosaardig voordoet – stemmen, gedrag, beïnvloedingen – specifiek gericht is tegen alles wat met God te maken heeft. Is het gericht tegen Christus, tegen de kerk, tegen de bijbel, tegen het gebed of tegen de sacramenten? Komt het slechts voor als er iets typisch christelijks gedaan wordt – bij het gebed, bij het avondmaal, bij het lezen uit de bijbel?

Je moet wel zeker weten dat dit gedrag niet samenhangt met de religieuze levensgeschiedenis. Heeft het kerkelijke milieu vroeger het kind in zijn ontwikkeling misschien gefrustreerd, zoals bij Maarten 't Hart? Dan is er geen sprake van boosaardige krachten, maar is het gewoon psychologisch verklaarbaar.

In alle andere gevallen moeten er toch enige lampjes gaan branden. Ik denk bijvoorbeeld aan de vrouw in Duitsland die, toen zij de pastorie van haar kerk binnenkwam, in grote paniek naar een plek onder een stoel wees. Niemand zag iets bijzonders, maar toen men beter ging kijken, bleek er een stukje hostie te liggen dat op afstand niet te zien was. Deze vrouw zag – door een boze geest – paranormaal, wat niet te zien was, een stukje avondmaalsbrood en ze reageerde daar panisch op. (Avondmaalsbrood heeft met de tegenwoordigheid van God te maken).

## 3. Verboden spirituele praktijken.

Om een juiste diagnose te stellen is het van belang te weten of er sprake is van afgoderij, magie, of andere zaken, die in de christelijke traditie altijd in verband zijn gebracht met het rijk van de duisternis. Heeft de patiënt zich hiermee ingelaten en

zo een verbond gesloten met boosaardige machten? Ik denk aan occultisme, magie, spiritisme, een bezoek aan een paragnost, hekserij verbonden met afgoden, aan rechtstreekse contacten met de duivel, bijvoorbeeld via de satanskerk. Omdat dat in de geslachten doorwerkt, is het van belang om ook te vragen of ouders of grootouders zich ermee hebben ingelaten. Zo kun je met enkele vragen reeds een vermoeden krijgen dat er sprake is van boosaardige krachten. Maar je wilt het natuurlijk niet alleen hebben van horen zeggen, maar het ook zelf kunnen constateren. Dat zou je kunnen doen door te kijken hoe de patiënt reageert als je met hem gaat bijbellezen of bidden. De reactie zou dan tegen God in moeten gaan.

## 4. Herkenning via een gebedsgroep

Demonische machten kunnen ook ontmaskerd worden door een gebedsgroep. Het is noodzakelijk je vermoedens van boze krachten met anderen te bespreken en in gezamenlijk gebed aan God voor te leggen.

Sommigen in de groep zullen met hun geestelijk geïnspireerde zintuigen kunnen onderscheiden wat van God, wat van de boze en wat van de mens afkomstig is.

Als er met iemand gebeden wordt en de boosaardige krachten in de Naam van Jezus worden geboden om heen te gaan, dan kun je uit het resultaat afleiden of er inderdaad sprake is geweest van boosaardige krachten.

## UITVOERIGE GEVALSBESPREKING

Ik wil ten slotte wat uitvoeriger een patiënt bespreken die ik als gelovig psychiater in mijn psychiatrische praktijk tegenkwam en bij wie ik aan de mogelijkheid van beïnvloeding door boosaardige krachten heb gedacht. Voor een gedeelte heb ik haar zelf als zodanig behandeld.

Els heeft last van drie stemmen. Zij is al in een zeer angstige toestand, waarin zij de controle over zichzelf dreigde te verliezen, een jaar lang opgenomen geweest. De psychiatrische behandeling heeft verdere desintegratie helpen voorkomen, maar geen genezing op gang kunnen brengen. Nu komt ze bij mij op het spreekuur, op aanraden van haar predikant en gesteund door haar vriend.

Ze voelt zich beïnvloed door stemmen die haar afhouden van de positieve dingen die ze van plan is te gaan doen. Als ze iets positiefs denkt, reageren ze met negatief commentaar. Ze bemoeien zich met elk aspect van haar leven, vooral echter met haar geloofsleven. Ze zeggen godslasterlijke dingen en verhinderen haar om naar de kerk te gaan. Zelfs het bidden staan ze haar niet toe: doet ze het toch, dan moet ze het daarna bezuren. Deze specifieke toespitsing van de activiteit van deze stemmen deed bij de predikant de vraag opkomen of hier geen sprake was van boosaardige krachten. Vanuit die overweging bracht hij haar in contact met mij.

#### *Marokkaanse vriend*

Zij blijkt een Marokkaanse vriend te hebben gehad, die haar voortdurend dwong alle mogelijke dingen voor hem te verrichten, terwijl hij haar verbood ook maar met iets voor zichzelf bezig te zijn. Zelf deed hij zo ongeveer alles wat God verboden heeft. Het duurde jaren voor Els deze relatie kon beëindigen. Toen ze dat uiteindelijk deed, kwamen die stemmen. Eerst had ze last van één stem, ze hoorde de stem van haar ex-vriend, daarna kwamen er nog twee onbekende stemmen bij. Die stemmen zetten haar aan tot verkeerde daden, dwongen haar zelfs tot automutilatie – zelfverwonding – en tot suïcidepogingen.

Van jongs af was ze een gevoelig kind; ze was nogal serieus en dacht veel na. Toen ze zestien was, begon ze de genoemde relatie, die ondanks waarschuwingen van anderen en ondanks haar eigen wens jaren standhield.

Een aantal zaken is psychiatrisch helder. Els is in haar jeugd geremd geweest in haar agressie – ze mocht van haar ouders niet boos worden – en kan daardoor niet goed met boosheid omgaan. De relatie heeft vervolgens duidelijk een slechte invloed gehad, ze heeft zich te afhankelijk opgesteld en haar gevoelens, met name haar woede en pijn, ontkend. Na het verbreken van de relatie zijn deze afgesplitste gevoelens er alsnog uitgekomen, in de vorm van stemmen. Er is dus sprake van dissociatie.

Er zijn echter geen episodische uit haar jeugd die het nadrukkelijk destructieve karakter van de stemmen zouden kunnen verklaren. Nog minder verklaarbaar is het feit dat de stemmen zo sterk tegen God, kerk en geloofsleven zijn gericht.

#### *Diagnose*

Ik concludeer dat hier sprake is van een dissociatieve stoornis bij een gevoelige en agressiegeremde vrouw. Met een nog te zwakke en onvolgroeide psychische structuur heeft zij zich te vroeg, te diep en te lang overgegeven aan een relatie die haar zeer negatief heeft beïnvloed. De ingehouden gevoelens zijn na het verbreken van de relatie als stemmen in haar bewustzijn gekomen. Ik adviseer haar daarom de psychiatrische behandeling, die zij elders al is gestart, voort te zetten. Ze kan dan stapsgewijs meer in contact komen met haar afgesplitste gevoelsleven en inzicht in en controle over haar impulsen krijgen.

De aard van de stemmen duidt echter aan dat er ook boosaardige krachten in het spel zijn. Daarom raad ik haar aan een 'klein exorcisme' te ondergaan – waaruit duidelijk zal kunnen worden of er inderdaad sprake is van 'boosaardige krachten'. Ze zal er ook vrijer door worden in haar geloofsleven en in wat zij zelf wil. Els gaat ook hiermee akkoord, al ziet ze er wel tegenop. Ik leg haar uit dat het geen privé-onderneming is, maar dat het in kleine kring zal plaatsvinden. Gebed, bijbellezen en een eenvoudig ritueel zullen er de kern van uitmaken.

#### *Klein exorcisme*

Op de betreffende avond bidden we eerst met elkaar een psalm en lezen een passend stuk uit het evangelie. Het betreft een stuk (uit Markus 1) dat haar huidige vriend – die er nu bij is – vaker met haar leest. Daarin wordt verteld hoe Jezus onderwijs geeft in de synagoge, waarop een man met een 'kwade geest' reageert door luid te schreeuwen: 'Wat heb jij met ons te maken, Jezus van Nazareth?' Jezus legt hem dan het zwijgen op en de kwade geest moet het veld ruimen. Op deze lezing reageert ze nogal heftig. Ze wordt bang en kan moeilijk aangeven wat er in haar omgaat. We wijzen de negatieve krachten, die zij ervaart, terug in de naam van Jezus en vragen God haar te helpen om te verwoorden wat er in haar omgaat.

Ze vertelt dan dat ze veel last heeft van de stemmen. Die wijzen we ook terug, weer in de naam van Jezus. Zij hoort zich nu lachen en schaamt zich ervoor. We verzekeren haar dat we wel degelijk de controle zullen houden – ze is steeds bang die te verliezen – en vragen haar, haar schaamtegevoel

te accepteren. Ze heeft immers ruimte nodig voor al wat ze beleeft. Ze komt inderdaad zover dat ze haar gevoel kan verwoorden en ervaart het als iets heel bijzonders.

Ze kan nu zelf bidden. In stilte vertrouwt ze de stemmen en de erbij behorende gevoelens aan God toe. Ze vertelt dat de stemmen in de afgelopen jaren met haar vergroeid zijn, maar nu durft ze er iets van los te laten, en de leegte die dat geeft blijkt ze aan te kunnen. Dan begint ze wat agressie te voelen en, met God erbij, ook te beleven. Ze ervaart het zó, dat ze ergens een heel klein, weerspannig kind in zich heeft. Dat kind mag er nu zijn.

Ze wordt rustiger. We bidden een 'Onze Vader'. Het is al duidelijk dat zij contact heeft kunnen maken met haar eigen psychische en religieuze kern. Tot slot vragen we God haar in zijn verdere zorg op te nemen. Mijn vrouw geeft haar het beeld mee van een boomstronk waaruit een nieuwe scheut ontspringt: Gods bemoediging dat zij tijd mag nemen en dat Hij voor de groei zorg zal dragen.

#### *Evaluatie*

Met degenen die erbij waren evalueren we het 'klein exorcisme'. Haar vriend en de predikant was vooral de rust opgevallen, waarin alles zich had voltrokken. Haar vriend was voorheen nogal tegen de (rol van de) stemmen ingegaan. Nu besepte hij dat hij die stemmen en gevoelens moest laten staan en aan God overlaten. Vertrouwen op Hem gaf ruimte en zou groei mogelijk maken, concludeerde hij. Daarmee had hij naar mijn besef precies de kern te pakken. Mensen hoeven zich niet in allerlei bochten te wringen om een 'basis' te leggen, want dat is al gebeurd door Jezus aan het kruis op Golgotha. Gaan ze het toch proberen, dan draaien ze zichzelf en hun gevoelens de nek om. Ook agressie mag een plaats krijgen en zo een opbouwende kracht worden.

Een maand later bel ik Els op om te vragen hoe het gegaan is. Ze vertelt, dat ze nog wel last heeft van de stemmen, maar meer vat op ze heeft. Ze ervaart nu iets van zichzelf in de stemmen en is dichterbij zichzelf gekomen. Ook komt er nu verdriet los en kan ze haar gevoelens geleidelijk meer plaatsen. Het kost haar veel moeite en inspanning, maar ze put troost en kracht uit het beeld en de woorden die ze op de avond van het 'klein exorcisme' heeft meegekregen.

Echte conclusies laten zich op dit moment nog niet trekken. Er is echter een keer ten goede op gang gebracht bij een patiënte, bij wie de psychiatrische begeleiding voordien beperkt had moeten blijven tot een pogen verdere desintegratie te voorkomen. Door heel het gebeuren en zeker ook door het gebed is ze in contact met zichzelf gekomen. Ze heeft zichzelf meer onder controle en het gevoel dat ze in de macht van de boze was gekomen, is duidelijk afgenomen.

Het belangrijkste was dat er ruimte kwam voor de gevoelens van deze patiënte en voor haar beleving van de stemmen. Dat herwinnen van die ruimte en die vrijheid is naar mijn besef de hoofzaak in veruit de meeste gevallen waarin mogelijk 'boosaardige krachten' een rol spelen. In dit alles heeft het eigenlijke exorcisme een belangrijke, maar geen overheersende rol gespeeld.

#### CONCLUSIE

Mijn ervaring is dat er duidelijk meer is tussen hemel en aarde dan wij met onze zintuigen kunnen waarnemen, dat er naast Goddelijke krachten ook boosaardige krachten zijn die mensenlevens kunnen beïnvloeden. Voor dit laatste heeft exorcisme zich door alle jaren heen bewezen. In alle christelijke culturen wordt er gebruik van gemaakt, al heeft onze cultuur weinig oog (meer) voor de niet waarneembare boosaardige krachten. Ik hoop echter aangetoond te hebben dat het exorcisme toch zijn waarde kan hebben, mits het op goede wijze wordt toegepast. Dan werkt het mee aan het onder controle krijgen van psychiatrische klachten. Bovendien biedt het de mogelijkheid om meer in contact te komen met jezelf en je weer dichterbij te brengen bij God en bij je psychische en religieuze kern.

Ik spreek bij dezen nogmaals de wens uit, dat wetenschap en religie, net zoals in Engeland, elkaar (weer) met open hart en verstand mogen ontmoeten om zo dit moeilijke, ongrijpbare terrein van 'onzichtbare boosaardige krachten' beter in kaart te kunnen brengen, ieder vanuit zijn eigen discipline.

#### PERSONALIA

Drs. B.H.J.M. Sonnenschein werkt als zelfstandig gevestigd psychiater. Correspondentieadres: Gerardus Gullaan 28, 1217 LP Hilversum.



**REACTIE OP SONNENSCHIN I:  
EMPIRISCH ONDERZOEK OVER BIDDEN:  
WONDEREN OF BETEKENISGEVING?**

Arjan Braam

In het huidige tijdsgewricht – ontkerkelijking voltrekt zich, spiritualiteit raakt geïndividualiseerd, en het publieke debat rond ‘intelligent design’ blijkt maar niet af te ronden – hoor je zelden een psychiater over bidden en al helemaal niet over bidden als bron van genezing. We kennen bepaalde doelgroepen waarin het christelijk geloof gekoesterd wordt, en waar zelfs een eigenstandige GGZ voor te vinden is. Allicht weten de hulpverleners die daaraan verbonden zijn zich beter thuis in tal van christelijke gewoontes, verhalen en moraal dan hulpverleners in de grote koepelinstellingen voor GGZ die de organisatie van de psychiatrische zorg tegenwoordig domineren. Psychiatrie en gebedsgenezing of exorcisme in een christelijke context zijn in de seculiere GGZ nagenoeg onbekend, al duikt het verschijnsel wel op in de samenwerking met traditionele genezers bij allochtone patiënten. Hoe moeten hulpverleners in de reguliere GGZ zich nu verstaan met het verschijnsel van gebedsgenezing bij christelijke patiënten? De huidige bijdrage beoogt te reflecteren op de empirisch wetenschappelijke evidentie over bidden als bron van coping, en bidden voor anderen in relatie tot gezondheidszorguitkomsten. Verder wordt nuancerend gezocht met behulp van de trias (1) empirisch kennen, (2) redenerend kennen, en (3) beschouwend kennen.

**EMPIRISCHE EVIDENTIE**

De zegswijze ‘nood leert bidden’ kent een Amerikaanse pendant: ‘There are no atheists in foxholes’, waarmee bedoeld wordt dat wie eenmaal in grote nood is vanzelf een toevlucht zoekt tot geloof. Bidden is daarvan de meest persoonlijke, en ook meest voorkomende consequentie. In empirisch onderzoek wordt bidden daarom vaak opgevat als ‘coping-mechanisme’, bijvoorbeeld ter relabeling van een stressvolle situatie, introspectie, of om tot enige relaxatie te komen. Voor wie bidden, stress en coping wil onderzoeken, is bidden in beginsel een verschijnsel dat ten tijde van stress meer voorkomt. Daarmee is in causaal

opzicht hooguit aan te geven dat stress tot bidden leidt, en niet andersom, maar om dat aan te tonen is al een goed prospectief design nodig. Dat is maar bij uitzondering gebeurd (Ai et al., 2000): een studie onder hartpatiënten toonde aan dat in de beginfase van de behandeling voor hartproblemen bidden samenhang met hogere stressniveaus, terwijl deze samenhang zich een jaar later had omgekeerd – lagere stressniveaus bij degenen die meer hadden gebeden. Bij eigen onderzoek bij Nederlandse ouderen in de bevolking (Braam et al., 2007) trof het mij dat bidden zoveel voorkomt dat het zeker niet alleen om ‘coping’ lijkt te handelen, maar ook om de levensgewoonte van een vertrouwd omgaan met God.

In de afgelopen jaren zijn meerdere studies verschenen over de mogelijke *effectiviteit* van bidden voor anderen die kampen met een lichamelijke ziekte (Roberts et al., Cochrane Database, 2007). Enkele van deze studies voldoen aan de eisen van de methodiek van de *randomised controlled trial*, een dubbelblinde onderzoeksmethode zoals die ook voor onderzoek van medicijnen en psychotherapieën wordt toegepast. Ook kwamen sommige van deze studies in hoog aangeschreven medische tijdschriften terecht. De zogenaamde ‘intercessory prayer’ houdt in dat er voor personen met een ziekte wordt gebeden door anderen, gerekruteerd voor het onderzoek. In de regel zijn de proefpersonen niet op de hoogte óf er voor hen wordt gebeden, en al evenmin wie er voor hen bidt. Enkele van de studies waren omvangrijk, met meer dan 1000 proefpersonen. De uitkomstmaten betroffen meestal mortaliteit of ernst van hartziekte. Helaas zijn er nog onvoldoende studies met psychiatrische uitkomstmaten. Hielp het bidden in de trials met intercessory prayer? Hoewel er kleine effecten bestonden met betrekking tot een lagere mortaliteit, signaleren de reviewers (Roberts et al., 2007) dat er voor deze bevinding een aanzienlijke kans op publicatie bias bestaat. Dat laatste houdt in dat onderzoekers negatieve onderzoeksresultaten (bijvoorbeeld met nulbevindingen) minder vaak aan een tijdschrift aanbieden, of dat tijdschriften weinig spectaculaire onderzoeksresultaten minder snel zouden aanvaarden. Voor de ernst van hartziekte werden geen effecten aangetoond voor het bidden, behalve voor wat betreft het aspect

of proefpersonen *wisten* of er voor hen gebeden werd: dan was het verloop van de ziekte wat ongunstiger. Critici (Turner, 2006; Sloan & Ramakrishnan, 2006) maken duidelijk hoe complex het is om de meerwaarde van ‘intercessory prayer’ te onderscheiden van andere vormen van bidden die tegelijkertijd aan de gang zijn, zoals bidden door naasten en leden van de religieuze gemeenschap, en algemene vormen van bidden door gemeenschappen (zoals een gebed voor ‘de zieken’). Daarvoor zouden nog veel grotere studies nodig zijn, mocht men de aanname doen dat méér bidden méér effect sorteert (‘the dubious assumption that God cares about quantity’). De rol van God is eveneens moeilijk te bepalen voor de interpretatie dat door bidden personen langer zouden leven en dat God er daarmee de voorkeur aan zou geven het lijden aan een ziekte te verlengen. Afgezien van de rol van God als verklarend mechanisme, is gesuggereerd dat er een onbekend verklaringsmechanisme bestaat, waarbij mensen elkaar op aanzienlijke afstand zouden kunnen beïnvloeden. Sloan en Ramakrishnan (2006) zijn kritisch over deze gedachtegang, omdat er te weinig te verklaren valt met de huidige methodologie, en er geen contour van een theorie tevoorschijn komt. Bovendien is er bepaald nog geen overeenstemming of het effect van intercessory prayer er eigenlijk wel is. Tenslotte onderscheidt Turner een groot dilemma voor wat betreft de *informed consent* (het inlichten van een proefpersoon dat hij of zij deelneemt in een trial): geldt hier wel voldoende respect voor het persoonlijke, religieuze leven van de patiënt?

De vraag blijft dus bestaan, of wetenschappelijk onderzoek ons iets kan leren over de helende waarde van bidden. De bovenstaande dilemma’s, met interpretaties waarin wordt gespeculeerd over de rol van God, laten zien dat als zo vaak God zich in empirisch wetenschappelijk onderzoek aan het zicht onttrekt. Wel kan worden gezocht naar de betekenis van bidden in psychologisch opzicht. Zo is er de recente studie van Ai en collega’s (2007) waarin zij een duidelijke associatie beschrijven tussen bidden en optimisme. Zelf stuitte ik in onderzoek bij ouderen in Sassenheim op een tamelijk sterk verband tussen bidden en de persoonlijkheidstrekken die te maken hebben met altruïsme (Braam et al., 2008).

#### EMPIRISCH, RATIONEEL EN CONTEMPLATIEF KENNEN

Een overstijgende kijk op de vraag of er wetenschappelijk iets valt aan te wijzen over gebedsgenezing en psychiatrie wordt aangereikt door Ken Wilber (1998). Deze onorthodoxe wetenschapsfilosoof tracht in zijn publicaties steeds te verduidelijken dat er verschillende manieren van kennen bestaan, die elkaar in het geheel niet hoeven uit te sluiten. In de basis gaat het om drie manieren: de empirische manier van kennen, waarbij het gaat om objectieve kennis (geschikt voor de natuurwetenschap), de redenerende manier van kennen (geschikt voor de sociale wetenschap), en de contemplatieve, beschouwende manier van kennen (geschikt voor ethiek, religie en spiritualiteit). Bij de empirische wetenschap over bidden komen we, zoals hierboven blijkt, niet ver met de eerste manier van kennen, allicht een stapje verder met het redenerende oog, en ongetwijfeld het verst met het oog van beschouwing en persoonlijke betekenisgeving.

#### BESLUIT

Ten aanzien van het toepassen van bidden in het contact met patiënten stel ik mij heel terughoudend op. Mijn opvattingen over de rolverwachting bij de patiënt en persoonlijke stijl laten mij dat niet toe. Ik toon wel interesse voor het levensdomein van de religie, en kan ook over gebed met de patiënt in gesprek raken, maar het blijft bij uitwisseling op het gebied van de levensbeschouwing voorzover het mij relevant lijkt voor de patiënt. Vanzelfsprekend communiceer ik dan bedoeld of onbedoeld over mijn eigen levensbeschouwelijke visie en vragen, waarbij ik enige ruimte tracht te creëren tussen abstinentie enerzijds en indoctrinatie anderzijds (Braam, 2007). Overigens licht ik een patiënt nooit in over mijn eigen, persoonlijke gebed: voorzover het al met de zorg te maken heeft, gaat het om reflectie en contemplatie in persoonlijk opzicht, zonder enige verwachting van direct effect. Als ik enig effect op het oog had, zou de aangehaalde ‘informed consent’ discussie regelmatig in de spreekkamer opduiken. Als een patiënt een gebedsgroep vindt, stel ik mij welwillend op, maar het behandelplan hoeft daardoor niet te veranderen. Wat ik in de bijdrage van Sonnenschein meen terug te lezen, is dat de gebedsgenezing bij de

casusbespreking, waarbij een patiënt uiteindelijk deelnam in een healingssessie, ook niet leidde tot een onverwachte of totale remissie van de klachten. Wel werd de patiënte nadrukkelijk gekend in de vragen en onzekerheden op het gebied van levensbeschouwing en betekenisgeving, en hebben anderen getracht daar op directieve wijze weer wat lijn en hoop in aan te brengen. Moet de spirituele betekenisgeving nu geïntegreerd raken in de behandelpraktijk van de GGZ? Naar mijn opvatting is de ruimte daarvoor beperkt en sterk afhankelijk van de affiniteit en deskundigheid van GGZ medewerkers. Wel is het bijzonder nuttig dat er een circuit beschikbaar is voor consultatie en verwijzingen om vastgelopen of traumatiserende betekenisgeving te helpen ontrafelen, en waar mogelijk te neutraliseren.

## LITERATUUR

- Ai, A.L., R.E. Dunkle, C. Peterson & S.F. Bolling (1998). The Role of Private Prayer in Psychological Recovery among Midlife and Aged Patients Following Cardiac Surgery. *Gerontologist*, 38, 591-601.
- Ai, A.L., C. Peterson, T.N. Tice, B. Huang, R.E. Dunkle & S.F. Bolling (2007). The Influence of Prayer coping on Mental Health among Cardiac Surgery Patients: the Role of Optimism and Acute Distress. *Journal of Health Psychology*, 12, 580-596.
- Braam, A.W., D.J.H. Deeg, J.L. Poppelaars, A.W. Beekman & W. van Tilburg (2007). Prayer and Depressive Symptoms in a Period of Secularization: Patterns among Older Adults in The Netherlands. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 273-281.
- Braam, A.W. (2007). De psychiater als pastor. In: M. Nijsen, A.T.F. Beekman, & W. Hoogendijk, *The playing captain; liber amoricum voor Willem van Tilburg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Braam, A.W., B. Mooi, J. Schaap-Jonker, W. van Tilburg & D.J.H. Deeg (2008). God Image and Five-Factor Model Personality Characteristics in Later Life: A Study among Inhabitants of Sassenheim in The Netherlands. *Mental Health, Religion & Culture*, 11, 547-559.
- Roberts, L., I. Ahmed & S. Hall (2007). Intercessory Prayer for the Alleviation of All Health. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1*. Art.No.: CD000368. DOI: 10.1002/14651858.CD000368.pub2.
- Sloan, R.P. & R. Ramakrishnan (2006). Science, Medicine, and Intercessory Prayer. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49, 504-514.
- Turner, D.D. (2006). Just Another Drug? A Philosophical Assessment of Randomised Controlled Studies on Intercessory Prayer. *Journal of Medical Ethics*, 32, 487-490.
- Wilber, K. (1998). *De integratie van wetenschap en religie*. Utrecht: Servire.

## PERSONALIA

Dr. A. Braam is als psychiater werkzaam bij de crisisdienst van Altrecht, stad Utrecht, en als onderzoeker bij het VUMC, EMGO-instituut, Longitudinal Aging Study Amsterdam.

## REACTIE OP SONNENSCHIEIN 2

Harold van Megen

Door de reactie van dit tijdschrift is mij verzocht om te reageren op het artikel van collega Sonnenschein. Mij is gevraagd commentaar te leveren omdat ik psychiater/onderzoeker en tevens praktiserend rooms-katholiek ben, misschien niet toevallig de oorspronkelijke traditie waaruit ook de auteur van dit artikel afkomstig is.

Het artikel dat ter tafel ligt is getiteld 'Onzichtbare boosaardige krachten in de psychiatrie'. Aan het artikel is een aantal delen te onderscheiden. Het begint allereerst met een beschrijving van het verleden van de schrijver, opgegroeid in een orthodox rk milieu waarover wij als lezer niet veel te weten komen; wel over de uiteindelijke aansluiting bij een evangelische geloofstraditie en de hieruit volgende pastorale activiteiten met zijn partner. De schrijver doet in dit werk ervaring op met boosaardige krachten en wordt ook bevestigd in zijn geloof in deze krachten. Daarna krijgen wij een aantal casus te lezen waarbij er sprake is van evidente psychiatrie. De schrijver geeft vervolgens aan hoe er een onderscheid gemaakt kan worden tussen psychiatrische stoornissen en boosaardige krachten. Hij besluit met een uitvoerige gevalsbeschrijving.

## COMMENTAAR

Laat ik maar met de deur in huis vallen. Het lezen van zo een artikel valt me niet mee.

Ik voel me ongemakkelijk bij de inhoud. Dit komt enerzijds omdat ik vanuit mijn geloof weliswaar erken dat er meer is tussen hemel en aarde, maar tegelijkertijd terugschrik voor de zekerheid waarmee er in dit artikel over gesproken wordt. Het komt ook door het feit dat de auteur zich opwerpt als wetenschapper, maar er nergens in het artikel – als het om geloof gaat – een, voor de wetenschap zo kenmerkende, gezonde twijfel en een open, zoekende attitude te bespeuren zijn.

In het hele artikel wordt als het om het psychiatrievak gaat nog wel gekoketteerd met de huidige classificatie van symptomen, maar deze visie is in het deel waar het de religie betreft in het geheel afwezig.

Zo worden ervaringen tijdens het studeren voor het doctoraalexamen – voor sommigen als erg stressvol beleefd met allerlei gevolgen van dien – als vanzelf geïnterpreteerd als religieus en zelfs gekoppeld aan het hebben ontvangen van een speciale gave, namelijk ervan overtuigd zijn dat je de gave hebt gekregen van het kunnen genezen op gebed en het kunnen herkennen van boosaardige krachten. Zowel vanuit het psychoanalytisch als het algemeen klinisch psychiatrisch denkkader zijn hiervoor ook hele andere verklaringen en invalshoeken mogelijk, en is het voor mij nog zeker niet zonneklaar dat wat de auteur beweert de enig mogelijke waarheid is.

Misschien ligt het genuanceerder dan de schrijver doet voorkomen, maar ik moet het slechts stellen met deze tekst en dan vind ik het – op zijn zachtst uitgedrukt – een eenzijdige visie. De vanzelfsprekendheid te weten wat Christus of God heeft bedoeld en wat Hij met de mensen voorheeft, of hoe gebeurtenissen en belevenissen geïnterpreteerd dienen te worden, maakt mij wantrouwend en beleef ik als aanmatigend.

Het roept het gevoel van sektarisme op, een gevoel dat bij mij ook altijd ontstaat bij 'believers' in het concept van multiple persoonlijkheidsstoornissen of de huidige dissociatieve identiteitsstoornissen. Binnen deze groep is men ook overtuigd van boze krachten en werden er zeker eind jaren tachtig begin jaren negentig seances gehouden. Hierbij

herinner ik mij nog een gebeurtenis uit mijn opleidingstijd. Een van de coryfeeën uit deze beweging uit de toenmalige Riagg Zuid Nieuw West in Amsterdam toonde een video van een dissociërende patiënt. Halverwege de opname viel het beeld weg. Dit werd verklaard uit het feit dat de patiënt door haar dissociatie de opname had verstoord, iets wat wel vaker voorkwam. Nadat ik hierover enige kritische vragen stelde, heeft deze coryfee nooit meer met mij willen spreken. Blijkbaar was en is ook hier slechts één visie de enige juiste.

Dan is er nog een tweede aspect waarmee ik moeite heb en dat is de vermenging van de rol als arts met die van geestelijke. Een patiënt consulteert een arts *casu quo* psychiater. Deze relatie is bij de wet vastgelegd. Hij/zij moet er vanuit kunnen gaan dat de klachten en symptomen ook binnen het referentiekader van de medische discipline worden gewogen, gediagnosticeerd en eventueel behandeld. Het lijkt me prima, nee zelfs prijzenswaardig, als religieuze aspecten aan de orde kunnen komen tijdens de behandeling. Dat zou veel vaker moeten gebeuren. Daar zit echter ook een beperking. Deze ligt in de arts-patiënt relatie: dat wat een arts doet moet voldoen aan en in overeenstemming zijn met zijn/haar vak als medicus. Wij hebben dat met elkaar gedefinieerd. Zo zullen er dus slechts wetenschappelijk beproefde behandelmethoden gebruikt mogen worden. Menen een arts en de patiënt dat er iets anders moet gebeuren, dan zal dit niet mogen plaatsvinden binnen de arts-patiënt behandelrelatie. Mijn inziens mag een arts wel wijzen op het feit dat er, buiten de medische discipline, andere ideeën over een mogelijke aanpak van de betreffende klachten geformuleerd zijn – echter iemand adviseren dit ook daadwerkelijk te ondernemen of zo ver gaan dat men iemand 'doorverwijst' naar deze instantie, lijkt me een brug te ver. De patiënt heeft recht op duidelijkheid in deze: 'schoenmaker blijf bij je leest', zou ik zeggen. Je grenzen kennen en je daaraan houden behoedt de patiënt voor willekeur en ons artsen voor het doorschieten van onze almachtsfantasieën. We kunnen inmiddels veel, maar het lijkt hierbij aanbevelenswaardig onze grenzen goed in de gaten te houden; een waarlijk wetenschappelijke, zelfkritische attitude kan voor ons hierbij van grote waarde zijn.

## PERSONALIA

Dr. H.J.G.M. van Megen is psychiater. Sinds 2004 is hij als opleider psychiatrie en hoofd angststoornisonderzoek verbonden aan GGz Meerkanten te Ermelo. Hij is lid van het dagelijks bestuur van de stichting Psychiatrie en Religie, lid van de Raad van advies van het KSGV en van de Angst, Dwang en Fobie Stichting. Correspondentieadres: GGz Meerkanten, Postbus 1000, 3850 BA Ermelo. T. 0341-560814. E-mail: hmegen@meerkanten.nl

## REACTIE OP SONNENSCHIEIN 3

Piet Heij

Het is mij meermalen opgevallen dat vaak in de eerste zinnen van een inbreng in de groepstherapie de sleutel blijkt te zitten voor de 'oplossing'. In de eerste regels van het artikel van collega Sonnenschein komt de formulering 'meer tussen hemel en aarde' voor. Weliswaar niet direct zijn woorden, maar verderop in het verhaal neemt hij ze wel over. Ik vroeg mij af: gaat hier al een wissel om? Immers: hemel én aarde, ze zijn toch van God? Daar zit toch niks 'tussen'? Er is toch maar één werkelijkheid?

Maar goed, het gaat dus om de vraag of we in de psychiatrische praktijk situaties tegen kunnen komen waarin onzichtbare boosaardige krachten de menselijke geest beïnvloeden. Let wel, we komen niet de krachten zelf tegen maar de situaties. Logisch: onzichtbare krachten zijn moeilijk waar te nemen. Denk bijvoorbeeld aan de zwaartekracht. Als we iets naar beneden zien vallen zeggen we: dat is de zwaartekracht. Krachten kennen we aan hun werking.

Het wordt duidelijk dat in dit geval aan de krachten verschillende mogelijke eigenschappen worden toegeschreven. In staat zijn bijvoorbeeld, om iemand stemmen of geluiden te laten horen, beelden te laten zien, bijzondere kennis aan te reiken. Daar komt bij dat ze boosaardig gericht zijn in hun werkzaamheid. Ze vergroten het lijden van mensen en gaan in tegen God. Bovendien reageren ze op specifieke christelijke activiteiten zoals Bijbellesen en bidden. Kortom, het gaat over krachten met persoonlijke eigenschappen: geesten.

Voordat collega Sonnenschein verdergaat, geeft hij iets weer van zijn eigen levensgeschiedenis en geloofsontwikkeling. Ik vind dat eerlijk, open en oprecht. Het móet eigenlijk ook wel, omdat er buiten het geloof om geen kennisbron is over geesten. Het vermelden van deze persoonlijke achtergronden is mijns inziens enerzijds dan ook de kracht van zijn aanpak, maar tegelijk ook de zwakte. De kracht omdat hij verwijst naar wat God in een bepaald mensenleven heeft gedaan. De zwakte omdat God in levens van verschillende mensen steeds andere dingen doet. Bij mij als medegeloovige riep lezing van dit deel van het artikel een soort jaloezie op: ik wilde dat God in mijn leven ook zo merkbaar aanwezig was. Maar mijn leven is heel anders verlopen: van braaf domineeszoon-tje tot een (soms wat uitdagende) christenpsychiater. Zonder bijzondere ervaringen met boosaardige krachten. Wel in voortdurende strijd tegen de zonde en me steeds afvragend wat Gods wil zou zijn. God heeft mij in mijn leven andere dingen geleerd dan collega Sonnenschein. Mede door dit verschil in achtergrond kijk ik toch wat anders aan tegen de gepresenteerde casussen.

Zelf denk ik niet dat het echt verder helpt als we beginnen met het zoeken naar de passende DSM-diagnose. Natuurlijk geeft het wel richting aan het psychiatrisch handelen, maar we moeten niet denken dat we dan echt weten wat we doen. Daarvoor is de mens een veel te complex en veelzijdig schepsel. Achter termen als hallucinatie, dissociatie, schizofrenie, depressie en dergelijke zit steeds weer de heel eigen intrapsychische dynamiek van de betrokkene. Zijn/haar betekenisgeving is uniek. Hoe meer we daarvan (kunnen) begrijpen, des te minder 'ziek' is hij/zij in onze beleving. Het komt de therapie ten goede als we ons vergaand in de ander kunnen inleven. DSM-categorieën werken mijns inziens beperkend.

In de eerste drie voorbeelden die hij beschrijft, lijkt Sonnenschein genoeg te hebben aan zijn psychiatrische kennis. Toch vermoed ik (hem enigszins kennende) dat zijn handelen, bijvoorbeeld bij het afnemen van de anamnese, mede bepaald is door zijn christelijke mensvisie en de daaruit voortvloeiende houding. Er lijkt wel een professionele neutraliteit te zijn, maar ik herken die niet. In het

vierde voorbeeld (meneer Westra) wordt een deel van de verschijnselen paranormaal genoemd en daarmee buiten de psychiatrie gelegd. Er is dan bevrijdingspastoraat nodig als aanvullende hulp. Ook in het vijfde voorbeeld (Els) komt Sonnenschein tot een dubbeldiagnose: er is iets psychiatrisch én er is iets op het vlak van boosaardige krachten.

Mijn bedenking in de benadering van deze casussen is de nadrukkelijke erkenning van twee werkelijkheden náást elkaar. Ik wil allereerst letten op de ene werkelijkheid van iemands leven, vanaf de geboorte tot het sterven. Daarmee heb ik in feite de hele psychiatrie gerelativeerd als iets voorbijgaands in iemands leven.

Wat ik positief vind bij collega Sonnenschein is dat hij rekening houdt met wat anderen waarnemen. Hij wil duidelijk niet terecht komen in een sfeer van oncontroleerbare geheimzinnigheid. Helder is hij over de door hem gehanteerde criteria om onderscheid te maken tussen boosaardige krachten en psychiatrische ziektebeelden. Moeilijk te plaatsen vind ik zoiets als ‘diagnostische Bijbellezing’ en ‘proefbehandeling’ met heenzending van boosaardige krachten, om uit het effect af te leiden of ze er waren (de gekozen termen zijn van mij). Ik mis een antwoord op de vraag of meneer Westra ook in aanmerking zou zijn gekomen voor ‘klein exorcisme’.

Het viel me op dat wat Sonnenschein beschrijft over het verloop van zijn ‘klein exorcisme’ niet eens zo heel erg ‘anders’ is. Ik herken er veel in van wat ook in ‘gewone’ groepspsychotherapieën gebeurt. Ik denk aan de soms zeer heftige zittingen in de autonomiegroep (Eleos, Amersfoort). Ook binnen de schematherapie worden soortgelijke procedures gehanteerd (Eleos, Bosch en Duin). Concrete emotionele problematiek wordt dichtbij gebracht en bewerkt. Daarbij kunnen symbolische handelingen (rituelen) een krachtig middel zijn. De therapeut zorgt voor permissie, protectie en potentie. Dit alles onder erkenning van de afhankelijkheid van Gods zegen. De vraag is en blijft: hoe weten we of er bij ‘klein exorcisme’ echt iets anders (‘meer’) gebeurt dan in zulke therapieën?

De kracht in de benadering van collega Sonnenschein is mijns inziens zijn persoonlijke betrokkenheid, openheid en de helderheid van zijn

standpunten. Zo lukte het hem bij Els een keer ten goede op gang te brengen. De zwakte is dat hij zich baseert op persoonlijke (levens)ervaringen. Daarnaast lukt het hem onvoldoende de denkgestelling psychiatrie en geloof, of wetenschap en religie te doorbreken. Dat betekent voor mij, dat ik zijn werkwijze niet kan navolgen.

Tenslotte, ik heb met genoeg kennis genomen van zijn bijdrage in dit themanummer over bevrijdingspastoraat.

#### PERSONALIA

Drs. P. Heij was tot 30 september 2008 psychiater bij Eleos (deels in Amersfoort, deels in Bosch en Duin). Inmiddels geniet hij van de OBU.

#### REACTIE OP SONNENSCHN 4: DE PSYCHIATER ALS ZIELZORGER?

Casper Koene

#### HANDOPLEGGING

Marina, de moeder van Chris, had zich tot de psycholoog Polak gewend omdat Chris op school slecht functioneerde.<sup>1</sup> Polak was er bij zijn aanpak van uitgegaan dat Chris werd mishandeld. Dat was, volgens hem, ook de hulpvraag van moeder geweest. De ouders van Chris waren gescheiden en Chris wilde niet meer bij zijn vader op bezoek, omdat hij bang voor hem was vanwege de ruwe manier waarop hij werd behandeld. De problemen op school zouden ook in dat licht kunnen worden gezien. Aan de oplossing van die problematische situatie kon Polak weinig méér doen dan het uitbrengen van een rapportage aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Wel dacht Polak dat Chris, om zijn angst de baas te worden, gebaat zou zijn bij behandeling bij zijn compagnon, die vooral bij kinderen meestal vrij snel tot vermindering van angst en spanning leidde. Daarbij ging het om chakra-therapie, een met handoplegging gepaard gaande behandeling van de voornaamste energiecentra. Verder heeft Polak onder meer de horoscoop van Chris getrokken en een astrologische analyse gemaakt, waarbij hij ook reïncarnatie als verklaringsmodel gebruikte.

Vreemd was dit alles niet voor Marina. Zij wist immers dat Polak deze onderzoeks- en behandelmethoden hanteerde en was ook uit eigen ervaring bekend met deze therapievorm. Juist om die reden had zij Polak gevraagd om Chris in behandeling te nemen. Verder bleek ook duidelijk dat zij geen bezwaar had tegen de gebruikte chakra-methode, in ieder geval niet op dat moment. Zij was immers zelf bij alle behandelingen van haar zoon aanwezig. Ook toen deze te kennen gaf dat hij bepaalde handopleggingen niet prettig vond en de behandeling werd voortgezet met achterwege laten van handoplegging. En die astrologische analyse? Daar had Marina nadrukkelijk om gevraagd, zo stelt Polak in zijn verweer tegen de klacht die Marina uiteindelijk tegen hem heeft ingediend bij het College van Toezicht van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de landelijke beroepsvereniging. Want, wat ook haar precieze beweegredenen waren, achteraf vond Marina dat de onderzoeksmethoden en de therapie toch niet van een kwaliteit en professionaliteit waren die men van een NIP-psycholoog mocht verwachten.

Het tuchtrechtelijke college dat de zaak in hoger beroep behandelde was van oordeel dat astrologie en het gebruiken van reïncarnatie als verklaringmodel niet thuishoren in de psychologische praktijk, ook niet als dat gebeurt op verzoek van de cliënt. Voor beide methoden geldt dat daarvoor een wetenschappelijke basis ontbreekt, dat er geen relatie is met empirisch onderzoek en dat het nergens in het kader van wetenschappelijke opleidingen wordt onderwezen. Datzelfde geldt ook voor de chakra-therapie. In ieder geval biedt de vakliteratuur niet de mogelijkheid om het beroepsmatig handelen te kunnen verantwoorden, zoals de beroepscode dat vraagt.

Het College van Beroep was van oordeel dat Polak, ook al heeft hij de therapie niet zelf verricht maar dat op zijn verzoek en mede onder zijn verantwoordelijkheid laten doen door zijn compagnon, zijn handelen niet heeft kunnen verantwoorden in het licht van de stand der wetenschap en dat hij niet heeft gehandeld volgens adequate professionele normen en naar aanvaarde wetenschappelijke inzichten.

#### BESTE BEDOELINGEN

Christine Kramer is bijna 19 jaar als ze begint met haar opleiding maatschappelijk werk.<sup>2</sup> Of het nu deze nieuwe situatie is die haar ertoe brengt of niet, in elk geval besluit ze twee maanden later om hulp te zoeken voor haar depressiviteit, die ze in verband brengt met de moeizame verhouding met haar ouders, door wie zij zich te sterk geclaimd voelt.

Door de pastor van de hogeschool waar ze studeert wordt ze verwezen naar Guus Vogel, die zelfstandig gevestigd is als eerstelijnspsycholoog en bovendien als docent is verbonden aan dezelfde hogeschool. In november had Christine zes gesprekken en in december werd de frequentie opgevoerd tot zo'n twee gesprekken per week.

In de kerstvakantie, die Christine op uitnodiging van Guus en diens vrouw gedeeltelijk bij hen thuis doorbracht, werd Guus duidelijk dat het zo niet meer ging. Christine had intensievere therapie nodig. In overleg met de supervisor van Guus werd besloten dat deze twee gesprekken zou voeren met Christine om de meest aangewezen therapeutische route te bepalen. Bovendien zou Guus buiten de therapie geen contact meer hebben met Christine. Medio januari werd Christine door Guus naar een crisisopvang gebracht en op diens voorstel tijdelijk opgenomen. Nadien doorliep Christine de intake-procedure bij een psychotherapeutisch centrum en werden tegelijkertijd de gesprekken met Guus tot aan de zomervakantie voortgezet. Daarna onderhield Christine het contact met de familie Vogel alleen nog maar met Vera, de dochter van Guus.

Bij de behandeling van een klacht die de ouders van Christine later indienen, is het College van Toezicht van het NIP van mening dat er met het te logeren vragen van een cliënte in het eigen gezin sprake is van een zodanige rolvermenging van privé en zakelijk, dat de kans groot is dat de psycholoog niet voldoende afstand tot zijn cliënte kan bewaren. Daarom had Vogel zich moeten beperken tot het bieden van professionele hulp. Dat dit mogelijk met de beste bedoelingen gebeurde om Christine te steunen in een periode waarin zij suïcidale gedachten zou hebben gehad, maakt de zaak niet anders.

## BOOSAARDIGE KRACHTEN

Mij is gevraagd commentaar te leveren op Sonnenscheins artikel 'Onzichtbare boosaardige krachten in de psychiatrie'. En dat doe ik bij dezen. De aanleiding voor dat verzoek was een artikel van mijn hand in de ethiekrubriek van *De Psycholoog*, het maandblad van het NIP. Met een sterk ingekorte weergave daarvan, gevolgd door die van een andere tuchtrechtelijke casus, heb ik de opmaat willen geven voor de rest van mijn betoeg.

Als ik het stuk van Sonnenschein goed gelezen en begrepen heb, dan stelt hij een dissociatieve stoornis vast in het geval van meneer Westra, die hij daarvoor behandelt en die hij bovendien verwijst naar een pastor met ervaring in het bevrijdingspastoraat, om vrij te worden van de onzichtbare boosaardige krachten die hem parten spelen. Ook bij zijn patiënte Els, die zich op aanraden van haar predikant tot hem had gewend in verband met het horen van stemmen, stelt Sonnenschein de (waarschijnlijkheids)diagnose van een dissociatieve stoornis. Vanwege het karakter van sommige van die stemmen gaat Sonnenschein uit van de mogelijkheid dat ze niet zomaar afgesplitste delen van Els zelf zijn, maar mogelijk boosaardige krachten die bezit van haar hebben genomen. Om die hypothese te toetsen stelt hij als experimentele behandeling een klein exorcisme voor. Daaruit kan immers duidelijk worden of er inderdaad sprake is van 'boosaardige krachten'. Uit zijn beschrijving van het ritueel kan worden afgeleid dat Sonnenschein daar zelf leiding aan gaf.

Het is verleidelijk om in te gaan op Sonnenscheins verklaringgrond van het stemmenhoren en de rationale van de behandeling van Els. Men zou deze wellicht ook anders kunnen zien. Zo is het toepassen van niet-religieuze rituelen bij psychotherapeutische behandelingen immers, na de dissertatie van Onno van der Hart (1978), in Nederland niet ongebruikelijk. Aan de andere kan lijkt de psychiatrie niet meer zo exclusief psychocentrisch en antireligieus als zij op veel plaatsen ooit was. Zo is er in het wijd en zijd aanvaarde – hoewel niet onomstreden – diagnoseclassificatiesysteem DSM-IV een categorie Religieuze of Spirituele Problemen opgenomen (V62.89) en groeit de aandacht voor 'spiritual emergency'.

Maar het voeren van een wetenschappelijk psychologisch debat of theologisch dispuut is niet het perspectief dat ik heb gekozen voor het schrijven van mijn commentaar. Nee, het gaat mij om de beroepsethische aspecten van wat Sonnenschein beschrijft. En dat was ook de reden dat men mij heeft gevraagd.

## ALTERNATIEF

Dat een medicus of een psycholoog verklaringgronden vindt buiten het, binnen de eigen discipline aanvaarde, denkkader zal niet altijd overal met open armen worden ontvangen, maar behoeft daarmee nog niet verwijtbaar te zijn. Gehoorde veronderstellingen, dat de uitspraak in de zaak Polak erop zou wijzen dat alleen al een verwijzing naar alternatieve vormen van geneeskunde of healing het risico van een tuchtrechtelijke sanctie in zich draagt, wil ik ontkrachten, voorzover ik dat al kan. Ik ben tenslotte geen tuchtrechter. Was ik dat geweest, dan zou het niet passend zijn om me te laten verleiden tot het schrijven van een artikel als dit.

In de uitspraak in de zaak Polak wijst het college erop dat Polak medeverantwoordelijk was voor het *uitvoeren* van een behandeling die niet binnen de discipline van de psychologie is geaccepteerd, beschreven en onderzocht en waarvan de uitgangspunten niet passen binnen de wetenschappelijke psychologie. Ik heb geen uitpuutend onderzoek gedaan, in hoeverre er in het wettelijk tuchtrecht voor de gezondheidszorg uitspraken zijn gedaan die erop duiden dat de verwijzing naar niet-reguliere gezondheidszorg een tuchtrechtelijk verwijtbare handeling zou zijn. Dat wat ik heb gevonden wijst daar in elk geval niet op. Zoiets zou ook opmerkelijk zijn, gegeven de aard van de Wet op de Beroepen in de Gezondheidszorg, waarmee immers wordt afgerekend met het klassieke verbod op kwakzalverij.

Zelfs de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die als toezichthouder vermoedelijk niet van de meest vrijdenkende opvattingen verdacht kan worden, stelde destijds in haar rapport over de gang van zaken rond het overlijden van de comédienne Sylvia Millicam dat het geen bezwaren ziet tegen 'alternatief als additionele behandelwijze' (IGZ, 2004). Sterker nog, er wordt gesteld dat 'patiënten daar baat bij kunnen ondervinden'. En dat in een rapport dat toch een betoeg houdt tegen 'gevaar-



lijke kwakzalverij', waarbij het accent ligt op het ontkennen van in de reguliere zorg verkregen diagnoses en het ontmoedigen van reguliere behandeling.

Zolang 'alternatief' kennelijk als ongevaarlijke kwakzalverij is te zien, een soort heilzame onzin dus, is daartegen geen bezwaar, integendeel zelfs. Maar als 'alternatief' vanuit een andere visie tegenover de reguliere geneeskunst komt te staan – en is dat eigenlijk niet per definitie het geval? – en daaruit vergaande consequenties zijn te trekken, dan komt men blijkbaar op glad ijs (Koene, 2004).

Nu is ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg geen tuchtrechter, maar een en ander kan ook worden geïllustreerd met fragmenten uit tuchtrechtelijke uitspraken. Zo stelt het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in een klachtzaak tegen een fysiotherapeut dat een bepaalde, door deze toegepaste alternatieve behandelwijze niet in de beroepsgroep gangbaar is en dat nut en effect ervan onbewezen zijn. Het college vindt deze vaststelling echter niet toereikend om een tuchtrechtelijk verwijt te kunnen dragen. Het was immers niet aannemelijk geworden dat de door de fysiotherapeut toegepaste wijze van behandelen *nadelige* (cursivering-CK) gevolgen heeft gehad voor de patiënten en evenmin dat patiënten daardoor op enigerlei wijze verstoken zijn gebleven van behandelingswijzen waarvan redelijkerwijs een heilzaam effect is te verwachten. Tot slot is ook niet aannemelijk geworden dat de fysiotherapeut valse hoop heeft gewekt en daardoor tekort is geschoten in de zorg waarop zijn patiënten aanspraak hebben.

Bepaald anders oordeelde het college in een zaak tegen een van de artsen van de genoemde Sylvia Millicam. Kort gezegd vond het, dat de arts onder meer ernstig tekort was geschoten in de diagnostiek en in de behandeling.<sup>3</sup> Want, zo stelt het college, van een arts mogen patiënten verwachten dat de diagnose en behandeling tenminste medisch verantwoord zijn. Ook patiënten die kiezen voor een vorm van alternatieve zorg zullen immers bij aanvang van en gedurende de behandeling in een zekere mate vertrouwen ontleen aan het feit dat hun alternatieve behandelaar eveneens arts is [...]. Over motieven en keuzes van patiënten zou anders gedacht kunnen worden dan het college stelt, en de vraag is dan misschien ook meer, of

een dokter de scepsis van een patiënt tegenover de reguliere geneeskunst wel ten volle mag respecteren (zie ook: Koene, 2004).

#### ANDERE ROL

Uit het stuk van Sonnenschein valt allerminst op te maken dat hij psychiatrische aspecten onbehandeld zou hebben gelaten vanuit een visie die op gespannen voet staat met de reguliere geneeskunst, integendeel. Of dat het ritueel een slechte uitwerking had gehad. Zou hem dát kunnen worden tegengeworpen, dan was het een ander verhaal geweest. Maar zo was het dus niet.

Maar wat was er nu wél aan de hand? Een psychiater die een vooralsnog heilzame alternatieve behandeling uitvoert? Begrijp mij goed. De parallel die ik hier trek met de behandeling van Els is niet bedoeld om een religieuze visie af te doen als alternatieve geneeskunst. Maar het mag duidelijk zijn dat er overeenkomsten zijn in het hanteren van buiten de reguliere geneeskunde liggende paradigma's. Het gaat immers om geloven. Als de psychiater geen alternatieve behandeling uitvoerde – ik stel mij voor dat Sonnenschein het niet zo zou willen typeren – wat deed hij dan wel? Naar mijn mening nam hij een *andere rol* op zich bij het 'klein exorcisme', waarbij de vraag rijst of dat wel samengaat, psychiater en zielzorger, als we zijn rol bij dat ritueel zo mogen aanduiden? Ik vind van niet, ook al vind ik voor mijn mening geen ijzersterke fundering in bestaande beroepsethische regels. Zeker als het gaat om mensen met psychische problemen of stoornissen, is het van belang om de duidelijkheid van de professionele relatie te bewaken. En niet alleen om manifeste rolconflicten te voorkomen. Want, hoe zou bijvoorbeeld een psychiater of een psycholoog nu werkelijk een objectief forensische rapportage kunnen uitbrengen over een eigen patiënt of cliënt, zelfs als dat al zou zijn toegestaan?

Nee, het gaat niet alleen om het risico van feitelijke rolconflicten, maar ook om hoe rolverhoudingen door komende en gaande patiënten en cliënten zouden kunnen worden gepercipieerd. Zo is in het denken over gezondheidsethiek een verschuiving opgetreden in de betekenis van wat in de wandeling het beroepsgeheim wordt genoemd. De plicht om te zwijgen over alles wat in de uitoefening van het

beroep ter kennis komt is niet alleen maar ter bescherming van degene die zijn dokter, psycholoog of psychotherapeut iets toevertrouwt, maar het wordt ook gezien als een belangrijke voorwaarde voor een onbelemmerde toegang tot dezen, zodat eenieder erop kan vertrouwen daar onbekommerd vertrouwelijke mededelingen te kunnen doen. Dat het beroepsgeheim inmiddels niet meer absoluut is, laat ik hier nu maar voor wat het is.

Mogelijk meer sprekend is het alom aanvaarde verbod op een intieme omgang met patiënten. Begrijpelijk in gevallen waarin sprake is van misbruik van de – psychologische – machtspositie en waarin streven naar persoonlijk gewin de bovenaanvoert bij de arts of de psycholoog. Maar is dat ook altijd zo? Wat als het nu gaat om een echt consensuele relatie tussen twee autonome, volwassen personen, zoals een boze cliënte eens stelde (Øvreeide, in Lindsay et al. 2008)?

Dit laatste illustreert mijn overtuiging dat het verbod op intieme relaties tussen hulpverleners en patiënten niet stoelt op een intrinsieke immoraliteit van zo'n relatie – hoe kan intimiteit ooit als intrinsiek immoreel worden gezien? – maar op het onaantoonbaar hoge risico van misbruik en het daarmee eroderen van de veiligheid van de behandelrelatie. Zoals het autorijden met extreem hoge snelheden op een verlaten weg toch als misdrijf wordt bestraft, ook als er op dat moment niemand anders reed aan wie enig leed toegebracht had kunnen worden. En dan, de automobilist die niemand leed toebrengt en ook niet werd geflitst, deed die eigenlijk kwaad? En deed de psychotherapeut wel kwaad, met wie een cliënte een intieme relatie aanging voordat haar behandeling bij hem werd afgesloten en die vervolgens twintig jaar gelukkig met hem leefde?

#### WELZIJN

Maar wat, als het nu gaat om het welzijn van je patiënt? Zoals bij Els? Gaat het er dan niet om, juist alles te doen wat daaraan bijdraagt? Met betrekking tot de rolzuiverheid van de professionele relatie wordt daarover verschillend gedacht. Het meest uitgesproken hierover is de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, die, kort gezegd, stelt dat de psychotherapeut met een cliënt die bij hem in behandeling is geen andere relatie dan een

behandelingsrelatie zal hebben, hetgeen ook betekent dat het optreden van de psychotherapeut geen ander doel dient dan dat van de behandeling (NVP, 2007).<sup>4</sup> Daarbij kan behandeling niet ruim worden opgevat, want in dezelfde Beroepscode valt te lezen dat het behartigen van belangen van de cliënt niet onder de term behandeling valt, ook niet als een succesvolle behartiging zou leiden tot verbetering van het niveau van diens functioneren.<sup>5</sup> Aan deze code afgemeten kan ik vermoedelijk mijn gelijk halen, voorzover Sonnenscheins 'klein exorcisme' nog steeds niet als een onderdeel van zijn psychiatrische behandeling gezien moet worden.

Andere beroepscodes zijn evenwel minder strikt, vrijwel zeker omdat deze een breder terrein van de beroepsuitoefening bestrijken. Psychologen wordt onder meer voorgehouden dat zij de moeilijkheden onderkennen die kunnen ontstaan uit het gelijktijdig of opeenvolgend vervullen van verschillende professionele rollen ten opzichte van een of meer betrokkenen. Bij voorkeur begeven zij zich niet in een dergelijke positie (NIP, 2007).<sup>6</sup> Verder vermengen zij geen professionele en niet-professionele rollen die elkaar zodanig kunnen beïnvloeden, dat zij niet meer in staat kunnen worden geacht een professionele afstand tot de betrokkenen te bewaren of waardoor de belangen van dezen worden geschaad.<sup>7</sup>

In Sonnenscheins artikel zijn geen aanwijzingen voor het laatste. Wat dat betreft kan hem waarschijnlijk niets op voorhand tegengeworpen worden. Dat zou mogelijk pas anders komen te liggen als Els op een gegeven moment een klacht zou indienen. Want, hoe zouden de zaken komen te liggen als Els vroeger of later in een religieuze crisis geraakt? Kan zij dan bij haar psychiater nog wel de veilige plek vinden om daar open over te kunnen praten? Bij de psychiater die zo nauw betrokken was bij haar exorcisme-ritueel?

De Beroepscode voor Psychiaters (NVvP, 2003) kent een bepaling die handelt over het vermijden van het vermengen van professionele rollen.<sup>8</sup> Deze lijkt sterk op het overeenkomstige codeartikel voor psychologen. Niet verwonderlijk, als men bedenkt dat de NIP-code een inspiratiebron is geweest bij het opstellen van de code voor psychiaters (NVvP, 2003). Deze inspiratie heeft blijkbaar niet mogen leiden tot een echt artikel dat gaat over de verhou-

ding van professionele en niet-professionele rollen. Ik heb dat in die beroepscode niet kunnen vinden. Wel staat in de inleiding, dat de psychiater zich moet realiseren dat het mogelijk is dat hij tijdens of in samenhang met zijn beroepsmatig handelen tegelijkertijd of kort na elkaar verschillende rollen vervult. Dat kunnen zowel professionele als niet-professionele rollen zijn. Hij moet zich steeds afvragen of deze rollen zich ten opzichte van elkaar verdragen en of er geen verwarring kan ontstaan bij de betrokkenen.<sup>9</sup>

Psychiater en zielzorger, gaat dat samen, zou dat geen verwarring kunnen opleveren voor Els of voor anderen die bij het ritueel betrokken waren, ervan weten of ervan komen te weten? Zoals liefde kan ook het doen van iets goeds nooit als intrinsiek slecht worden gezien, maar kan het onder omstandigheden aangewezen zijn om toch een andere weg te bewandelen. Ik blijf erbij dat Sonnenschein er beter aan doet in het vervolg zijn patiënten gewoon als psychiater te behandelen en voor interventies die niet binnen het psychiatrisch of psychologisch domein liggen hen naar elders te verwijzen, als daar aanleiding toe is. Zoals hij met mijnheer Westra heeft gedaan.

#### NOTEN

- <sup>1</sup> Dit vignet is een verkorte weergave van het artikel *Chakra*, dat in 2003 verscheen in het juli-augustusnummer van *De Psycholoog*, naar aanleiding van een tuchtrechtelijke uitspraak. Namen en verdere gegevens van de personen die erin voorkomen zijn gefingeerd. Elementen in de klacht, in de uitspraak en in mijn toentertijds commentaar, die nu geen betekenis hebben zijn achterwege gelaten.
- <sup>2</sup> Dit vignet is een verkorte weergave van het artikel *Chakra*, dat in 2000 verscheen in het novembernummer van *De Psycholoog*, naar aanleiding van een tuchtrechtelijke uitspraak. Namen en verdere gegevens van de personen die erin voorkomen zijn gefingeerd. Elementen in de klacht, in de uitspraak en in mijn toentertijds commentaar, die nu geen betekenis hebben zijn achterwege gelaten.
- <sup>3</sup> De zeer uitvoerige beslissing in deze zaak is onder nummer 2006/138 te vinden op [www.tuchtcollegegezondheidszorg.nl](http://www.tuchtcollegegezondheidszorg.nl). Het zaaknummer van de klacht tegen de fysiotherapeut is 2005/052.
- <sup>4</sup> Zie Beroepscode voor psychotherapeuten, art. II.1.1.1. Exclusiviteit.
- <sup>5</sup> Zie Beroepscode voor psychotherapeuten, Definities, Behandeling.
- <sup>6</sup> Zie Beroepscode voor psychologen, art. III.2.3.4. *Vermijden van het vermengen van professionele rollen*.

<sup>7</sup> Zie Beroepscode voor psychologen, art. III.2.3.5 *Vermijden van het vermengen van professionele en niet-professionele rollen*.

<sup>8</sup> Zie Beroepscode voor Psychiaters, art. II.6.

<sup>9</sup> Zie Beroepscode voor Psychiaters, Inleiding.

#### LITERATUUR

- Hart, O. van der (1978). *Overgang en bestendiging. Over het ontwerpen en voorschrijven van rituelen in psychotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004). *De zorgverlening aan S.M., een voorbeeldcasus*. [www.igz.nl](http://www.igz.nl) of [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl).
- Lindsay, G., C. Koene, H. Øvreeide & F. Lang (2008). *Ethics for European Psychologists*. Göttingen: Hogrefe.
- Koene, C. (2000). Hoe goed is lang, en hoe lang is goed? *De Psycholoog*, 35, 532-535.
- Koene, C. (2003). Chakra. *De Psycholoog*, 38, 404-406.
- Koene, C. (2004). Op goed gezag. *De Psycholoog*, 39, 221-224.
- Nederlands Instituut van Psychologen (2007). *Beroepscode voor Psychologen*. [www.psynip.nl](http://www.psynip.nl).
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2003). *Beroepscode voor Psychiaters*. Utrecht, NVvP.
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (2007). *Beroepscode voor psychotherapeuten*. Utrecht, NVP, [www.psychotherapie.nl](http://www.psychotherapie.nl).

#### PERSONALIA

Drs. C.J. Koene, klinisch psycholoog en psychotherapeut, is zelfstandig gevestigd in Amsterdam en in zijn woonplaats Brussel. Hij was voorzitter van de Raad van Advies in Beroepsethische Zaken van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en Convener van de Standing Committee on Ethics van de European Federation of Psychologists Associations (EFPA).

#### REACTIE OP DE REACTIES

Bart Sonnenschein

Allereerst wil ik een algemene opmerking maken op mijn artikel waarop reactie is gegeven. Vooral de reactie van *Van Megen* vraagt daarin om mijn antwoord.

Het artikel is *niet geschreven voor een vaktijdschrift*; het artikel is geschreven voor een bepaalde doelgroep, namelijk schoolgaande jongeren, en het is een onderdeel van het boek *Niet te geloven*, waarin vijftien christelijke artsen iets vertellen over hun kijk op het thema 'God, wonderen en onzichtbare machten'. Eerder was door dezelfde redactie voor dezelfde doelgroep het boek *Christendom, onwijs?* verschenen, waarin vijftien wetenschappers ingaan op de vraag, of het bestaan van God een gedachtespinsel is van mensen of niet.

Het artikel is dus *niet een wetenschappelijke verhandeling*, maar een artikel dat *jongeren* wil bevestigen in hun geloofsovertuiging in de voor hun geloof kwetsbare middelbare schoolperiode, in hen aansprekende en hun nieuwsgierigheid wekkende onderwerpen als deze.

De redactie van *Niet te geloven* heeft toen, in 2000, mijn schrijfstijl aangepast met name in het persoonlijke gedeelte, zodat het jongeren kon aanspreken. Ik kan me dan ook voorstellen dat Van Megen zich ongemakkelijk heeft gevoeld bij de wat stellige, zekere toon in dit gedeelte. Doordat de tekst zo op jongeren is toegesneden lijkt het of hier een absolute waarheid wordt voorgehouden. Dit wordt echter *nergens door mij zo gezegd* en is ook niet bedoeld. Ik wilde vrijuit spreken over wat mij is overkomen en welke betekenis ik daaraan heb gegeven. Iedereen is vrij de tekst te interpreteren zoals hij wil; de tekst is niet bedoeld als waarheid voor iedereen.

Verder wil ik nog zeggen dat ik bij het persoonlijke gedeelte heb vermeld dat ik een gave had gekregen; maar dit is niet de gave van genezing geweest, zoals Van Megen interpreteert, maar de gave van het spreken in tongen, zoals te lezen valt in de eerste brief van Paulus aan de Korintiërs in het veertiende hoofdstuk. Hiermee ben ik ingegaan op het eerste aspect van de reactie van Van Megen op mijn artikel.

Het tweede aspect dat Van Megen aankaart, is *het vermengen van de rol van de arts met die van geestelijke*; op dit aspect gaat Koene in zijn reactie zeer uitvoerig en gedegen in, en deelt Koene zijn deskundigheid op dit terrein. Het gaat om de vraag of in een consult met psychiatrische patiënten rolverwisseling kan plaatsvinden, en hoe dit in mijn geval is geweest.

Hierover wil ik het volgende zeggen. Wanneer een psychiatrische patiënt om reden van zijn/haar geloof een consult of *second opinion* bij mij heeft aangevraagd en daarbij een religieuze vraag aan mij voorlegt, blijft bij mij de *rol als psychiater voorop* staan, ook al ben ik medegelovige en word ik daarop aangesproken. De religieuze vraag neem ik serieus als religieus, maar vooreerst wil ik er vanuit psychiatrisch oogpunt naar kijken en eventueel als zodanig behandelen. Daarbij kan ik overwegen, als dat gewenst of nodig is, of ik gebruik zal maken van pastorale elementen. Ik zal dit dan zo doen dat deze pastorale elementen *psychotherapeutisch verantwoord* zijn: zij dienen het psychiatrisch psychotherapeutisch proces te ondersteunen en te verdiepen, anders doe ik iets als pastor wat niets te maken zou hebben met een psychiatrische behandeling. De psychiatrische behandeling of psychotherapie wordt door mij door het ingaan op religieuze vragen niet onderbroken of terzijde gelegd; ik probeer het pastorale daarin geïntegreerd mee te nemen. Naar mijn weten is dit altijd gelukt.

In het specifieke geval dat een gelovige patiënt bij mij de hulpvraag neerlegt of zijn klachten (ook) te maken zouden kunnen hebben met onzichtbare boosaardige krachten, onderzoek ik of deze klachten psychiatrisch te verklaren zijn en leg deze psychiatrische mogelijkheden aan hem voor, om tot een psychiatrische behandeling te kunnen komen of de patiënt verder te motiveren de psychiatrische behandeling elders voort te zetten. Kan ik zijn klachten niet psychiatrisch verklaren, dan zeg ik hem dat. Blijft de patiënt bij zijn vraag of deze klachten ook geestelijk/pastoraal te duiden zijn, dan exploreer ik waarom hij aan deze mogelijkheid denkt. Daarbij hoort ook, of hij deze vraag aan zijn pastor heeft voorgelegd en hulp daarvoor heeft gezocht; is dit het geval en heeft hij niet genoeg antwoord gekregen, dan vraag ik hem of zijn pastor en huisarts achter de verwijzing naar mij staan met deze hulpvraag, waarbij ook pastorale elementen naar voren kunnen komen. Als dit het geval is, dan onthoud ik de patiënt als psychiater niet mijn specifieke pastorale kennis; ik probeer deze kennis op zodanige manier over te brengen dat het geïntegreerd binnen de relatie arts-patiënt plaatsvindt. Ik probeer met de patiënt mee te zoeken in een pastoraal denkkader en hem daarin

behulpzaam te zijn. Pastorale kennis definieer ik als een zoekend openstaan voor mogelijkheden die in de christelijke leer en traditie in de afgelopen 2000 jaar zijn beschreven en vastgesteld. Met name de rooms-katholieke kerk en de Anglicaanse kerk hebben wat betreft exorcisme dit in hun pastoraat vastgelegd. Zij zijn niet over één nacht ijs gegaan.

Wat de voorbeelden in mijn artikel betreft: deze zijn alle fictief, op de laatste uitvoerige casusbespreking van Els na, wat uiteraard een fictieve naam is. Aan haar werd toestemming gevraagd voor het publiceren van deze casus. De casus betrof een patiënte die elders onder behandeling was en een pastorale vraag had aan mij als gelovig psychiater. Ik zag haar buiten mijn officiële praktijk, dus ook zonder geldelijke beloning, op verzoek van haar en haar predikant en additioneel ondersteunend aan haar psychiatrische behandeling. Wat dat betreft was de setting meer pastoraal, maar heb ik mij wel opgesteld als psychiater, die ook weet heeft van pastorale kennis. In de beschrijving leg ik uit hoe ik als psychiater haar klachten psychiatrisch heb geduid en tevens de mogelijkheid heb geduid van eventuele bijkomende boosaardige krachten, waarop een klein *exorcismus probativus*, psychotherapeutisch te zien als (religieus) *ritueel*, werd toegepast. Door dit ritueel kwam ze dichterbij haar innerlijk en dieper in contact met haar gevoelsleven; daardoor durfde ze met haar gevoelsleven verder aan de slag te gaan in haar psychiatrische behandeling. Het accent bleef liggen op het bemoedigen van haarzelf en haar staan in haar psychiatrische behandeling.

Ik ben me ervan bewust, dat ik de grenzen van rolverwisseling in een psychiatrisch contact heb opgezocht, maar meen dat dit op deze manier tot de mogelijkheden zou kunnen behoren. Tot op heden heb ik hierover nooit een klacht gehoord; eerder voelden patiënten zich bemoedigd en verder geholpen.

Dit laat onverlet, dat de kennis die Koene mij in zijn reactie aanreikt, mij bewuster maakt van wat ik in de praktijk heb gedaan. Koene maakt mij alerter om deze rolverwisseling op een juiste manier te doen of na te laten. Daarvoor ben ik hem erkentelijk.

De reactie van collega Braam is vooral een aanreiken van onderzoeksgegevens over bidden, die

interessant zijn en op zichzelf staan. Hij eindigt de onderzoeksgegevens met de vraag of wetenschappelijk onderzoek iets kan leren over de helende waarde van bidden; daarbij zegt hij dat empirisch wetenschappelijk onderzoek naar *de betekenis van bidden in psychologisch opzicht* iets zou kunnen opleveren. Hier ben ik het mee eens. Wellicht dat ook onderzocht zou kunnen worden wat voor betekenis bepaalde *vormen van bidden* zouden kunnen hebben. In psychotherapie worden steunende en openleggende woorden gehanteerd, directieve en nondirectieve interventies gegeven. Zo kan ik mij voorstellen dat *de manier en keuze van woorden in het gebed en de wijze waarop gebeden wordt psychologische gevolgen hebben* en onderzocht zouden kunnen worden. Of dit ethisch of pastoraal verantwoord is, is daarbij weer een andere vraag, die ik graag aan onderzoekers overlaat.

Tot slot nog een reactie op de reactie van collega Heij. Hij laat mij delen in zijn gelovig denken en vertelt daarbij ook openhartig over zichzelf, en iets van zijn geloofsontwikkeling. Hierin komt hij als collega en medegelovige mij nabij, hetgeen ik bijzonder waardeer. Zijn bedenkingen over 'er is meer tussen over hemel en aarde' deel ik; 'hemel en aarde, *beiden zijn van God*', kan ik alleen maar beamen. Hij relateert de classificatie van ziektebeelden, die wij als concepten gebruiken bij mensen die veelzijdiger, complexer zijn dan wij kunnen bevatten. Van die concepten maken wij gebruik om mensen in hun klachten en beleving van klachten te helpen; ze zeggen niet alles en zijn in die zin ook niet de waarheid, maar zeer nuttig.

Heij heeft als kritiek dat ik zou denken in verschillende werkelijkheden. Heij wil blijven denken in één werkelijkheid, 'de ene werkelijkheid van iemands leven vanaf de geboorte tot het sterven.' Daarmee geeft hij aan dat er geen werkelijkheden naast elkaar kunnen bestaan. Met *hem ben ik het eens dat er één werkelijkheid is; evenwel kun je de werkelijkheid vanuit verschillende concepten benaderen*. Als psychiater doen we niet anders. We kijken naar de klachten vanuit lichamelijke, psychische en sociale concepten. Daarnaast zie ik ook het pastorale concept als een mogelijkheid van kijken naar klachten. Een wetenschapper weet dat hij vanuit een bepaald concept naar verschijnselen in de werkelijkheid kijkt en weet zijn beperking

daarin. Het heeft een meerwaarde als verschijnselen vanuit verschillende gezichtspunten benaderd worden, zoals in de psychiatrie, en deze naast elkaar kunnen bestaan, om vervolgens daaruit de benaderingen te kiezen die het meest aansluiten bij de patiënt om hem als medicus in zijn lijden te helpen op een wijze die wetenschappelijk verantwoord is. In het geval dat ook vanuit een pastoraal concept naar klachten wordt gekeken, dient dit wel therapeutisch onderworpen te zijn aan het psychiatrisch/psychotherapeutisch concept. Ik voel mij in mijn mening dan ook gesteund door Heij's opmerking over klein exorcisme: Heij stelt dat het 'klein exorcisme' dat ik toepaste, niet zo heel erg anders is dan wat in groepspsychotherapieën gebeurt; psychotherapeutisch zijn er overeenkomsten; de psychotherapeutische kracht van rituelen en gebruik van symbolen is al langer in psychologische vakliteratuur beschreven, waarin

problemen en gevoelens kunnen worden doorgevoerd en een nieuwe betekenisgeving kan worden gegeven.

#### TOT SLOT

Kracht en zwakte vond Heij in mijn artikel; kracht in mijn persoonlijke betrokkenheid, openheid en helderheid in mijn standpunten. Zwakte in het feit dat ik mij baseerde op persoonlijke ervaringen. Ik deel met hem dat persoonlijke ervaringen geen uitgangspunt voor anderen zijn en in die zin zwak; persoonlijke ervaringen kunnen wel ten nutte gebruikt worden voor anderen, ondergeschikt aan wat de ander zelf vindt en wil. Het draagt bij aan meningsvorming.

Met mijn artikel (dat in eerste instantie voor jongeren was bedoeld) en de reacties daarop, hoop ik dat wij daartoe hebben bijgedragen.