

Inhoud

1. Waarom is het zinvol dat een pastor de ruimte krijgt om op een psychiatrische afdeling te werken?

1.1 Inleiding

1.2. Een verruimde kijk op religie

1.3. Spirituele pijn en zingevingsvragen

1.4. Depressie als zin crisis

1.5. Bronnen van zingeving

2. Hoe kan die samenwerking er concreet uitzien?

2.1. De behandelingsafdeling angst en depressie

2.2. De pastorale begeleiding van depressieve mensen

2.2.1.. Individueel

2.2.2.. In groep

2.3. De eigenheid van de pastor

2.4. Risico's en uitdagingen

2.5. Casussen

Besluit

Tussen depressie en zingeving

Anne Gessler - 2004

1. Waarom is het zinvol dat een pastor de ruimte krijgt om op een psychiatrische afdeling te werken?

1.1 Inleiding

De relatie tussen psychologie en religie is een lang verhaal, een verhaal van een haat- liefde verhouding.

Freud beschreef reeds religie als illusie en hij trok een parallel tussen religieuze rituelen en obsessief- dwangmatig gedrag. Dit is nog altijd de grootste angst van pastores: dat psychologen en psychiaters religieuze overtuigingen en religieuze praktijken niet serieus nemen. In het beste geval reduceren ze religie tot psychologische processen en in het slechtste geval beschouwen ze het als pathologie die besteden moet worden.

Anderzijds heeft de kerk de opkomst van de humane wetenschappen en van seculiere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg bevochten. Vandaag staan therapeutische teams soms nog een beetje wantrouwig tegenover pastores die als schimmen in het ziekenhuis rondzweven terwijl niemand goed weet wat ze eigenlijk doen. Bovendien zouden ze door hun gebrek aan psychologische kennis het therapeutische proces wel eens kunnen tegenwerken.

Maar ondertussen is er veel veranderd. Zowel de psychologie alsook de religie zijn geëvolueerd en voorbij de wederzijdse concurrentie groeit er ook het besef dat psychologie en religie een gedeeltelijk gemeenschappelijk werkveld hebben. Het is dus veel vruchtbaarder om samen te werken dan elkaar tegen te werken. Vooral in de laatste twintig jaar zijn er talloze pogingen tot samenwerking en integratie gebeurd.¹ Een studiedag zoals deze en het feit dat een psychiatrische verpleegkundige en een pastor samen dit artikel schrijven zijn er voorbeelden van. In de dagelijkse praktijk zoeken pastores hun weg in het concrete werkveld en proberen hun plaats te vinden op een psychiatrische afdeling tussen psychiaters, psychologen, therapeuten, sociaal assistentes en verpleegkundigen.

In dit artikel willen we ons vooral bezighouden met twee vragen: Waarom is het zinvol dat een pastor de ruimte krijgt om op een psychiatrische afdeling te werken? Hoe ziet die samenwerking er nu uit en hoe zou ze er kunnen uitzien? Deze vragen worden bekeken in het kader van de begeleiding van de depressieve mens. We vertrekken vanuit de concrete realiteit van één bepaalde

¹ R. D. Fallot, *The Place of Spirituality and Religio in Mental Health Services*, New Directions for Mental Health Services, nr. 91, 2001, p. 79.

psychiatrische afdeling: de behandelingsafdeling angst en depressie in de UZ Leuven, Campus St. Pieter.

1.2. Een verruimde kijk op religie

Als we willen uitzoeken waarom het zinvol is dat er ruimte is voor een pastor op een psychiatrische afdeling moeten we ons afvragen wat we als de taak van een ziekenhuispastor beschouwen.

Als pastor zijn we bezig met levensbeschouwing van patiënten. Dat is bij velen breder dan gelovig zijn of christelijk gelovig zijn. Zeker in het kader van een ZH merken we dat alle patiënten zich zingevingsvragen stellen. Ze worden opgeroepen door ingrijpende ervaringen van pijn, verdriet, verlies en angst voor de toekomst. Het kan niet anders dan dat je je dan vragen gaat stellen, overhoop ligt met jezelf. Dat is voor elke lichamelijke ziekte het geval en dat is o.i. nog meer het geval voor een psychische aandoening die een mens rechtstreeks in zijn denken en voelen raakt.

De pastor is er niet enkel voor de praktiserende katholiek. In de taak van de ziekenhuispastor is al geruime tijd een verbreding gaande. Het pastorale werkveld wordt verruimd van het religieuze naar het existentieel - spirituele.²

1.3. Spirituele pijn en zingevingsvragen

In de patiëntenzorg vertrekt men ondertussen altijd vanuit een totaalconcept. Elke mens heft een fysische, een psychische, een sociale en een existentieel - spirituele dimensie. De spirituele dimensie kan gezien worden als de integrerende component die het fysische, emotionele en sociale met elkaar verbindt. Spiritualiteit verwijst dan naar de essentie van het menszijn, naar de ultieme vragen over de diepste relatie met het zelf, de ander en/of God. Als een mens iets ingrijpends meemaakt, raakt hem dat op alle vlakken.

Om tot heling te komen, moet op al deze vlakken tegelijk gewerkt worden. Het spirituele vlak mag hier niet buiten beschouwing gelaten worden.

² In de literatuur wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen existentieel, spiritueel en religieus. Existentieel verwijst naar de diepste grondlaag van de mens. Op dat niveau worden zingevingsvragen gesteld. Spiritueel wijst naar een fundamentele openheid voor het transcendente. Religieus betekent het vormgeven aan die relatie met het transcendente binnen een traditie.

1.4. Depressie als zin crisis

De mens kan pijn hebben op alle vlakken van zijn bestaan. Fysische, psychische en sociale pijn zijn duidelijk. Spirituele pijn willen we omschrijven als moeite om de zinvolheid van het leven te blijven ervaren en het zicht op de toekomst te blijven vullen. Het is lijden als gevolg van massale gevoelens van zinloosheid³.

Het is onze stelling dat depressie ten diepste gekenmerkt wordt door spirituele pijn.

Een volledige uiteenzetting van alle facetten van een depressie zou hier te ver leiden, we beperken ons tot een korte omschrijving: Depressie wordt gekenmerkt door een sombere, gedaalde stemming, verminderde interesse of plezier, vermindering of toename van eetlust of gewicht, verstoring van de slaap, psychomotorische agitatie of remming, vermoeidheid of energieverlies, zelfverwijten of schuldgevoelens, concentratieverlies of besluiteloosheid, gedachten aan dood of zelfmoord.

Om een depressie van binnenuit, vanuit de gevoelsmatige kant, te beschrijven, citeren we de vierde en de achtste statie uit de kruisweg van Marinus van den Berg. Talloze patiënten herkenden hierin een poëtische omschrijving van hun beleving van hun depressie.

Statie 4: Jezus valt voor de eerste maal onder het kruis

Verdriet heeft je krachten aangetast.

Je wankelt.

je raakt snel uit je evenwicht.

Je kunt weinig verdragen.

Je bent kortaf.

Je valt uit naar je partner, je kinderen.

Je bedoelt het niet zo.

Je valt doodmoe terneer.

Alles wordt je teveel.

Je kunt niet meer.

Je kunt niet zeggen hoe klein je je voelt, hoe kwetsbaar.

Je hebt angst dat je niet meer op kunt staan.

Je bent bang niet gezien te worden.

Alles gaat maar door.

Iedereen raast langs je heen.

Overal haast en drukte om je heen.

³ (Expert Committee on Palliative Care-WHO)

*Aanmoedigingen om sterk te zijn.
Maar je kunt niet meer.*

*Je valt in een donker gat.
De draad knapt.
Het donker valt als een mantel om je heen.*

Statie 8: Jezus valt voor de tweede maal onder het kruis

*Zal ik er wel uitkomen?
Uit deze put?
Kent deze tunnel wel een einde?
Loopt deze weg niet dood?*

*Uitputting en vermoeidheid overvallen je.
Je voelt steeds meer houvast wegvallen.
Niets en niemand om je aan vast te klampen.
De last wordt alleen maar zwaarder.*

*Je leven wordt een schreeuw.
Je stem schor van verdriet.
Waarom toch, mijn God, waarom...?
Waarom moet dit alles gebeuren?
Waarom gaat het anderen voor de wind?
Onbegrijpelijk is dit lijden.*

*Je gaat je weg met vallen en opstaan.
Met moeite probeer je weer overeind te komen.
Je geeft het niet op.
Je verzamelt je laatste krachten*

Marinus van den Berg

Op deze plaats is het misschien belangrijk om te beklemtonen dat spirituele pijn niet altijd uitloopt op een depressie. Als mensen uitkomen bij een heel stuk onmacht, bij de schok dat het leven niet beheersbaar is zoals zij dachten, als zij uitspreken 'voor mij heeft het allemaal geen zin meer', is dat niet altijd een depressie, het kan ook een heel gezonde reactie zijn op een verschrikkelijke gebeurtenis. Als mensen deze pijn doorstaan en er langzaam doorheen groeien, kan er soms aanvaarding komen, rust en misschien een nieuwe zin. Hier is niet

altijd een psycholoog voor nodig. Mensen begeleiden in verlies en verdriet is ook een taak van de pastor.

Niet elke spirituele pijn wijst op een depressie, maar een depressie heeft altijd kenmerken van spirituele pijn: mensen zijn de zin van het leven en de zin in het leven kwijt, ze voelen zich koud en leeg van binnen, niemand lijkt hen echt te begrijpen en dit brengt een fundamenteel gevoel van eenzaamheid met zich mee. De toekomst lijkt duister en hopeloos en het lijkt onmogelijk dat er ooit nog iets kan verbeteren.

Meestal ontstaat depressie ook niet zomaar. Vaak gaat er een ingrijpende gebeurtenis in het levensverhaal aan vooraf dat een zin crisis teweegbrengt. Misbruik en mishandeling, rouw om een overledene, een relatiebreuk, allerlei verlieservaringen, ... het zijn allemaal dingen die het zingevingsysteem van een mens doen wankelen.

Men verliest iets dat tot nu toe zin gaf aan het leven en alles geraakt uit evenwicht. Nu staat men voor de opgave om dit evenwicht terug te vinden, zich te heroriënteren en een nieuwe zin te vinden. Dit alles toont ten eerste aan dat zingeving levensnoodzakelijk is. Een gebrek aan zingeving doet pijn (spirituele pijn), kan de mens ziek maken (depressie) en zelfs tot de dood lijden (suicide).

Ten tweede toont het aan dat zingeving soepel is en dat de mens in zijn zoektocht naar zin zeer creatief is. De zin kan steeds verschuiven en zelfs tragische verlieservaringen leiden niet noodzakelijk tot zinloosheid.

1.5. Bronnen van zingeving

In haar lezing in het kader van de lessen voor de 21^{ste} eeuw verwijst Mia Lijssen naar een recente studie aan de universiteit van Arizona (Kinnier et al., 2003). We citeren M. Lijssen: *"Hierin werden 238 uitspraken van 195 beroemdheden van de twintigste eeuw uit de hele wereld inhoudelijk geanalyseerd betreffende overtuigingen over de zin van het leven. De beroemdheden moesten wel voldoen aan het criterium van 'respect verdienen', waarover meerdere mensen eerst dienden te stemmen. Zo haalden b.v. beroemdheden als Monica Lewinsky en Jerry Springer niet het vereiste criterium, terwijl Eleanor Roosevelt en Bob Dylan wel de test passeerden. Uiteindelijk hielden de onderzoekers 144 mannen en 51 vrouwen over (wat meteen aangeeft hoe onevenwichtig de seksen vertegenwoordigd zijn als het op beroemdheden aankomt), bestaande uit: 126 filosofen en schrijvers, 23 artiesten en musici, 20 wetenschappers, 17 zakenmensen en politici, 11 spirituele leiders, 2 topsporters.*

We geven een overzicht van de 10 thema's die minstens 7 keer vernoemd werden door deze mensen. Bij de thema's wordt aangegeven welk percentage van de beroemdheden dat thema naar voor schuift en ze zijn gerangschikt in volgorde

van voorkomen. Het is niet de bedoeling de beroemdheden te classificeren in een bepaalde categorie, maar wel een idee te geven van visies over zingeving in vooraanstaande levens.

1. *Genieten van het leven. Het moment zelf ten volle ervaren. Deze categorie wordt het vaakst vernoemd (17%). Hieronder vallen uitspraken als: "plezier maken", "schoonheid waarderen".*
2. *Anderen liefhebben, helpen en dienstbaar zijn. Medeleven tonen en ervaren. Het zal niemand verwonderen dat in deze categorie (13%) grootheden te vinden zijn als: de Dalai Lama, Albert Schweitzer, Einstein.*
3. *Het leven is een mysterie. Een uitspraak van Albert Camus (1955) is exemplarisch voor deze categorie (13%): "Ik weet niet of dit bestaan een transcendente betekenis heeft. Maar ik weet wel dat ik die betekenis onmogelijk kan vatten" (cit. in Kinnier, 2003,112).*
4. *Het leven heeft geen zin. Deze pessimistische visie is redelijk populair (11%). Vooral existentialistische filosofen en schrijvers, maar ook de beroemde psycholoog Sigmund Freud, bevolken deze categorie.*
5. *God dienen en vereren of zich voorbereiden op een leven na de dood. Uiteraard is dit een uitspraak die kenmerkend is voor spirituele leiders zoals b.v. Moeder Theresa, maar ook meer wereldse mensen zoals b.v. Nelson Mandela geven antwoorden in deze categorie (11%).*
6. *Het leven is een strijd. In deze categorie (8%) vallen b.v. uitspraken als: "Het leven is een tragedie waarin wij een tijd onze rol moeten spelen".*
7. *Bijdragen aan iets dat het zelf overstijgt. Deze mensen (6%) vinden zin in hun bijdrage aan een betere wereld. B.v. Richard Nixon of Margaret Mead ambieerden dit.*
8. *Zelfactualisatie. Persoonlijke ontwikkeling en ontwikkeling van de mensheid. Streven naar waarheid, wijsheid en een hoger niveau van zijn. Dit staat voorop bij mensen als Marie Curie, Friedrich Nietzsche, Elisabeth Kübler-Ross... of 6% van het gezelschap.*
9. *Eigen zingeving creëren. Dit bevat uitspraken in de trant van: "Het leven is wat je ervan maakt". Viktor Frankl en Carl Jung - twee beroemde psychotherapeuten die veel over zingeving schreven - zijn hierdoor gekenmerkt, evenals 5% van de onderzochte populatie.*
10. *Het leven is absurd of een grap. Charlie Chaplin en Lou Reed maken o.a. deel uit van de persoonlijkheden (4%) die de klemtoon leggen op de komische kant in de absurditeit van het leven."⁴*

⁴ M. Lijssen, *Zingeving en zingevingproblemen vanuit psychologisch perspectief.*, Lessen voor de 21^{ste} eeuw. Wetenschappelijk denken: een laboratorium voor morgen. Leuven, 2004. P. 241-268.

De meeste van deze categorieën laten zich volgens ons onderbrengen onder drie grote domeinen van zingeving.

- de nood van mensen aan een zinvol doel om voor te leven.
Mensen hebben een doel nodig dat maakt dat het s' morgens de moeite waard is om op te staan.
Dat kan zeer verschillend ingevuld worden, maar heel vaak zien we dat de familie daarin een cruciale rol speelt. Mensen kunnen veel doorstaan omdat ze hun kleinkinderen willen zien opgroeien, omdat ze er willen zijn voor een gehandicapt kind, omdat ze willen zorgen voor hun partner.
Anderen willen persé een reis maken, een werk afmaken, ...
Wij hebben niet te oordelen over de waarde van hun doel, wij hebben hen wel te helpen om dat doel zo duidelijk mogelijk te benoemen en we willen met hen proberen om daaruit dan kracht en sterkte, hoop en vertrouwen te putten om het leven zoals het zich voordoet zinvol in te vullen.
- de nood van mensen aan liefde en het gevoel bij anderen te horen.
Daarbij plaatsen we ook het zoeken naar de Andere met een hoofdletter.
Depressie beïnvloedt de relaties met anderen. Sommige mensen worden belangrijker, andere relaties die tot dan toe zo waardevol leken geraken op de achtergrond. Mensen maken de balans op.
De depressie doet heel vaak ook vragen stellen naar Iemand die de transcendentie dimensie ontsluit. Er ontstaat interesse voor God, een Hogere Kracht, een diepere Levensbron, het diepere Mysterie van het leven. Of er ontstaat juist het gevoel God te verliezen en niet meer terug te kunnen vallen op de dragende grond van vroeger. Dat is vaak een taboe gespreksonderwerp in het spontane omgaan met familieleden, vrienden en zelfs met therapeuten. Het is onze taak als pastor om dit taboe te doorbreken, ruimte te scheppen en woorden aan te reiken om dit vaak tevoren onbetreden terrein te ontginnen.
- de nood van mensen aan innerlijke vrede en verzoening.
Het kan gaan om een verlangen de eigen beperkingen te kunnen accepteren, zich te kunnen verzoenen met het lot, relaties te herstellen, met God in het reine te komen...
Het is belangrijk dat mensen vrede kunnen nemen met hun leven zoals het is en was, met de mooie en pijnlijke momenten, met de goede dingen en de fouten die ze gemaakt hebben. Naar het verleden kijken en zeggen "Ik had alles anders willen doen", is een van de ergste vormen van zinloosheid die er zijn.

Wat ons als pastor interesseert is welke de krachtbronnen zijn die mensen overeind houden om verlies en verdriet een plaats te geven in hun leven. Wat maakt hen weerbaar zodat ze door een periode van beproeving/ontmoediging

kunnen gaan zonder te bezwijken? Wat helpt hen of houdt hen overeind? Hoe kunnen we dat bespreekbaar maken en versterken?

We willen ons aansluiten bij de definitie van troost van Jan Van Kilsdonck: *"Troosten is iemand bewust maken van zijn eigen kracht die sterker is dan alles wat nu gebeurt en waardoor de toekomst verlamd schijnt. Troosten is een dieper laag aanraken onder de pijn waaraan iemand lijdt."*

Als iemand niet meer in staat is om in contact te komen met zijn krachtbronnen die hem door een moeilijke periode heen helpen, als de spirituele pijn zo hevig is dat men ervan ziek wordt en alles duister wordt, spreken we van een depressie. De volgende tekst bracht een patiënte mee naar een groepsgesprek. We weten niet wie de auteur is. Het is een indringende beschrijving van een zincrisis, in de diepste nacht van een depressie, en tegelijkertijd is er al het perspectief van het ochtendgloren.

Wie in zijn leven zelf in crisis is geweest, herkent deze gevoelens. Je voelt je alleen, aan je lot overgelaten, in de steek gelaten. Golven van verdriet spoelen over je heen. Angst om de toekomst beklemmt je. Je weet niet waar je uit zult komen. Je voelt alle houvast wegglijden. Waar je zolang tegen gevochten hebt of voor gevochten hebt, dat ontglipt. Er lijkt geen verschil tussen dag en nacht. Je bent zelfs onbereikbaar voor hulp. Hoe klein, broos en kwetsbaar is de mens in de crisis van zijn leven. Je wordt als de mens in een stuurloos bootje heen en weer geslingerd door de golven van de levenszee. Machtig en groot zijn zij. Klein en weerloos ben jij.

In de crisis van je leven resteert je slechts één ding: toegeven aan je crisis en hulp inroepen. Roepen: zie mij, hoor mij, begrijp toch wat er in mij omgaat. Roepen tegen de wanhoop in. Roepen tegen de storm in. Roepen tegen de tegenwind in met al de kracht die nog in je is. Roepen is hopen. Hopen dat je gehoord wordt, roepen dat de ander wakker zal worden, zoals het roepende kind in de nacht, hoopt en erop vertrouwt dat vader of moeder wakker worden. Er zal toch iemand zijn die hoort hoe je in zielenood bent.

Een psychiatrische afdeling is een plaats waar men het roepen hoort, waar verschillende mensen, elk met een eigen professionaliteit en elk met een eigen persoonlijke bewogenheid, klaar staan om zorg te verlenen aan een medemens in zielenood.

Daarmee zijn we aan het tweede punt van dit artikel gekomen: Hoe kan de samenwerking tussen pastores en therapeuten er concreet uitzien?

We vertrekken vanuit de realiteit van één concrete afdeling: de behandelingsafdeling angst en depressie in de UZ Leuven, Campus St. Pieter.

2.1. De behandelingsafdeling Angst en Depressie

De afdeling biedt ruimte voor 36 patiënten tussen 18 en 60 jaar, 15 in volledige hospitalisatie (bedden) en 21 in dagstatuut (stoelen). De opnameduur bedraagt maximaal 3 maanden en na elke maand is er een evaluatiemoment om het therapeutische proces te evalueren en de doelen van de volgende periode te bespreken. De beperking van de opname dient om te voorkomen dat patiënten zich in de psychiatrie nestelen. Het doel van de opname is mensen te helpen om de draad van hun leven terug op te nemen, het is niet de bedoeling om een afgeschermd wereldje apart te scheppen. Het feit dat de opnameduur beperkt is brengt ook met zich mee dat de meeste patiënten de tijd zeer effectief gebruiken.

Om tot een aangepaste behandeling te kunnen komen wordt er voor iedere patiënt een "miniteam" samengesteld. Dat bestaat uit de verpleegkundige begeleider, de verantwoordelijke therapeut (cognitieve gedragstherapeut, systeemtherapeut, psychomotorische therapeut of ergotherapeut), de sociaal assistente, de assistent psychiater en de psychiater supervisor. Dit "miniteam" zoekt naar het ontstaan en de groei van de problemen en bepaalt een behandelingsstrategie. Dit wordt in verschillende evaluatiemomenten besproken met de patiënt. Er is individuele begeleiding door middel van gesprekken met de verpleegkundige begeleider en met de assistent psychiater. Verder wordt er aan de problemen gewerkt via verschillende vormen van groepstherapie, vertrekkend vanuit vijf pijlers: lichaamsgerichte therapie, systeemgeoriënteerde therapie, belevingsgerichte groepen, activerende therapie, cognitieve gedragstherapie. Binnen de belevingsgerichte groepen vindt er wekelijks een groep geloof en zingeving plaats.

Over het algemeen mag er gezegd worden dat werken op deze afdeling zeer hoopgevend is. Er is weinig chroniciteit en bij het grootste deel van de patiënten is er na drie maanden duidelijk beterschap te zien. De meeste patiënten beleven hun opname als positief.

Binnen dit kader werkt de pastor met depressieve mensen, individueel en in groep.

2.2. De pastorale begeleiding van depressieve mensen

2.2.1. Individueel

Er zijn een aantal dingen die een pastor beter niet kan doen in de pastorale begeleiding van depressieve mensen: op hen inpraten, adviezen geven, in discussie treden en proberen hen te overtuigen. Het heeft geen enkel effect en de

patiënt voelt zich onbegrepen, eenzaam en afgewezen. "Kijk eens rond je heen, de zon schijnt, het leven is wèl mooi!", "Je hebt een lieve man, een goede job, gezonde kinderen, je hebt toch alles om gelukkig te zijn!" Dit zijn de goedbedoelde commentaren die patiënten zo vaak van hun omgeving krijgen en waardoor ze zich zo onbegrepen voelen.

Ook bemoedigend toespreken, troosten en opbeuren en moraliserend beleren dient onder alle omstandigheden vermeden te worden. Het geeft de indruk dat de pastor het beter weet, dat zij oplossingen en de juiste richting kan aanwijzen. Patiënten zeggen hierop terecht: "Je hebt geen idee hoe ik mij voel. Iemand die het niet zelf meegemaakt heeft begrijpt er niets van." We willen ons hier aansluiten bij het gezegde van een patiënt "Troost is verdriet laten bestaan i.p.v. het te doen overgaan." en bij de definitie van troost van Jan Van Kilsdonck die we al eerder citeerden.

Wat daarentegen wel helpt is reëel, authentiek contact, "er-zijn". Dit horen we vaak achteraf van mensen die hun depressie te boven gekomen zijn. Waar ze in dat diepe dal echt iets aan gehad hebben, dat was het gevoel dat iemand om hen gaf, dat iemand bij hen bleef en hen niet in de steek liet, ook al kon die helemaal niet helpen. Iemand die hen aanvaardde zoals ze zijn, met hun depressie, met hun kwetsbaarheid en diepe pijn.⁵

Om het nog eens met de woorden van Marinus van den Berg te zeggen:

Geen zachte vrome woorden

*Geef me geen zachte vrome woorden
kom niet met vrome woorden
steek maar geen licht aan.*

*Zet je maar neer
word maar stil
zwijg maar mee.*

*Er zijn geen woorden
die verzachten
er is niets vrooms
om de wonden te zalven
er is nu duisternis.*

*Als je wat wil zeggen:
zeg dan maar dat je*

⁵ A. Uleyn, *Pastoraat voor de depressieve mens?* Lezing gehouden op het Symposium *Depressie: behandeling, inzichten en uitzichten*, Coudewater 5 oktober 1990, p. 56-57.

*geen woorden hebt
zeg dan maar dat
dit onvoorstelbaar hard is
zeg dan maar dat
er geen licht in deze duisternis is te zien.*

*Vind je dat bitter?
Vind je dat hard?*

*Sommige dingen zijn
bitter en hard.
Het moet gezegd worden.*

*Het duister wordt licht
door het onder ogen
te zien.
Het harde wordt zacht
door't te aanvaarden.*

Marinus van den Berg

Dit "er-zijn" is allesbehalve gemakkelijk. Het veronderstelt dat men niet toegeeft aan de moeilijke gevoelens die een depressieve patiënt kan oproepen: irritatie, ongeduld, verveling, aversie, angst. Weglopen of op de patiënt inpraten is veel gemakkelijker dan empathisch nabij blijven. Uleyn⁶ verwijst hier naar het boek Job. Zijn vrienden bleven dagenlang bij hem zitten, luisterden vol meeleven naar zijn ellende en droegen zijn depressie met hem. Het ging fout toen ze het tenslotte niet meer uithielden en hun mond opendeden, toen ze probeerden zijn toestand te verklaren en hem tot betere gedachten en gevoelens te brengen. Aanwezig zijn is de houding waarin de depressieve mens echte steun kan ervaren: zich geaccepteerd en bevestigd voelen. In spirituele termen betekent dit: zich door God of een grote levenskracht niet verstoten of verlaten voelen en ondanks alles zegen ervaren.

⁶ A. Uleyn, *Pastoraat voor de depressieve mens?* Lezing gehouden op het Symposium *Depressie: behandeling, inzichten en uitzichten*, Coudewater 5 oktober 1990, p. 57.

2.2.2. In groep

Op de behandelingsafdeling angst en depressie vinden wekelijks twee groepen geloof en zingeving plaats, één voor mensen in de probleemanalysefase en één voor mensen in de doorwerkingsfase. Deze groepen duren telkens één uur. Het gaat om een open groep: iedereen mag komen, niemand is verplicht. Elke sessie is een afgesloten geheel en de sessies bouwen niet op elkaar op, dit om mensen de kans te geven om op elk moment te kunnen aansluiten. De groepen zijn in het programma ingebouwd. Er vindt niets anders plaats op hetzelfde moment, op die manier hebben mensen die willen komen daar ook echt de gelegenheid toe. De groepen zijn existentieel - spiritueel geïnspireerd en niet expliciet religieus. Ze zijn voor iedereen bedoeld, niet enkel voor christelijk - gelovigen. Dit wordt ook duidelijk aan de patiënten gezegd in een infosessie die aan het begin van de opname plaatsvindt. En groot deel van de gesprekken is spiritueel van aard. Het existentiële wordt overstegen, er is openheid voor een diepere werkelijkheid. Gesprekken met expliciet religieuze inhoud zijn eerder de uitzondering, maar er is wel openheid voor. Het is opvallend dat de groep meestal met veel respect en sereniteit reageert indien iemand toch over zijn religieuze overtuigingen praat. Op die manier wordt het taboe doorbroken dat rond religiositeit hangt.

In het begin van de groepssessie reikt de pastor één of meerdere tekstjes aan als denkipuls en van daaruit ontstaat een gesprek rond onderwerpen als hoop, vertrouwen, troost, liefde, aanvaarding, verdriet, afscheid, ... Door meerlagige, symbolische teksten, gedichten, verhalen en open vragen worden patiënten uitgenodigd om zich open te stellen voor de diepte in elke werkelijkheid en op zoek te gaan naar een dragende grond van het bestaan.

Op deze afdeling wordt veel belang gehecht aan groepstherapie. De pastorale begeleiding gebeurt bijna uitsluitend in groep. Er zijn verschillende redenen waarom groepstherapie bij depressieve patiënten heel zinvol is.

Een kernervaring bij een depressie is fundamentele eenzaamheid, het gevoel anders te zijn, afgesneden te zijn van mensen, niet door hen begrepen te worden. Zoals we al zeiden krijgen depressieve mensen vaak vanuit hun omgeving goedbedoelde raad te horen die hen echter niet vooruit helpt. Soms zijn zulke reacties een uitdrukking van onbegrip, maar meestal van machteloosheid. Het zijn vaak de mensen die het meest dichtbij staan, die het meest machteloos zijn. Dit leidt voor patiënten soms tot de pijnlijke ervaring dat het juist hun partner, familieleden en beste vrienden zijn die hen het minst begrijpen.

In een patiëntengroep daarentegen worstelt iedereen met een soortgelijk probleem. Mensen verstaan elkaar zonder woorden en maken soms voor het eerst de ervaring dat ze niet de enigen zijn die zich zo voelen. Ze voelen dat ze zich mogen blootgeven zonder veroordeeld te worden, het is een ervaring van

gedeelde kwetsbaarheid. Als sommige patiënten al een beetje verder staan en kunnen zeggen: "Heb vertrouwen, het wordt weer beter.", dan is dit geloofwaardig, want ze hebben het zelf meegemaakt. Anderzijds is het soms bemoedigend om bij anderen gevoelens te herkennen die men zelf al achter zich gelaten heeft en op die manier te zien dat men al een klein beetje omhoog gekropen is uit het diepe dal. Naast herkenning van het gemeenschappelijke is er in een patiëntengroep anderzijds ook de beklemtoning van de eigenheid. Patiënten maken de ervaring dat anderen met een soortgelijk probleem heel anders omgaan. Dat kan hen enerzijds nieuwe wegen aantonen en hun horizon verruimen en hen anderzijds op hun eigenheid wijzen en hen helpen om hun eigen weg scherper te zien in contrast met anderen.

Sommige patiënten zijn bang voor groepen en durfden tot nu toe nooit in het openbaar spreken. In de veiligheid van een patiëntengroep kunnen ze die angst soms overwinnen en maken ze misschien voor het eerst de ervaring dat ze iets te zeggen hebben en dat anderen naar hen luisteren en hen serieus nemen. Ze kunnen hun verhaal vertellen en ze ervaren dat hun verhaal de moeite waard is. Anderen zijn nog niet in staat om hun verhaal te vertellen en hebben in een groep de gelegenheid om er gewoon bij te zijn, te luisteren en iets op te steken uit de verhalen van anderen. In die zin is een groepsgesprek voor hen veiliger dan een individueel gesprek: ze staan minder in het middelpunt van de belangstelling. Dit is natuurlijk van toepassing op elke vorm van groepstherapie, maar in een groep geloof en zingeving staan verbondenheid en gemeenschap centraal, het feit dat we samen onderweg zijn op en weg van hoop, en weg naar het goede, wat dat dan ook voor iedereen moge betekenen. In symbooltaal wordt hierover gesproken en het is ook duidelijk voelbaar aan de manier waarop de gespreksdeelnemers met elkaar omgaan. Een groep maakt vaak tijd om naar één verhaal te luisteren en er diep op in te gaan, de deelnemers geven elkaar feedback, ze tonen begrip voor elkaars situatie en gaan op zoek naar mogelijke stappen voor een oplossing. Als symbool voor deze verbondenheid en hoop gebruik ik een vriendenkring met een brandend kaarsje waar we in een kring rond zitten. Deze symboliek spreekt de meeste patiënten erg aan en regelmatig beslist iemand om tijdens de ergotherapie zelf zo'n vriendenkring te maken, als tastbare herinnering aan wat voor hem de kernervaring van het verblijf op deze afdeling was.

Het werken met groepen heeft natuurlijk ook nadelen en brengt gevaren met zich mee. Sommige mensen kunnen hun groepsvrees niet of onvoldoende overwinnen. Ze willen iets zeggen, maar vinden niet de moed. Ze zouden in een individueel gesprek iets kwijtgeraakt zijn, maar ze kunnen het in groep niet zeggen. Op die manier kan een groepsgesprek voor hen frustrerend en ontmoedigend zijn.

Voor anderen is de confrontatie met zoveel leed overdonderend. De verhalen van hun medepatiënten pakken hen, ze voelen intens met hen mee, en dat gaat hun draagkracht op dit moment te boven. Hun eigen probleem weegt al zwaar genoeg, ze kunnen er niet nog iets bijnemen. Anderen daarentegen hebben in confrontatie met medepatiënten het gevoel dat hun probleem niet serieus genoeg is. De levensverhalen van de anderen lijken hen veel zwaarder en ze vinden dat ze eigenlijk geen reden hebben om opgenomen te zijn, dat ze het alleen zouden moeten aankunnen. Dit versterkt het gevoel van zwakheid en onbekwaamheid nog meer. "Er zijn zoveel mensen die een verschrikkelijk leven achter de rug hebben en die het zo lang volgehouden hebben, en ik ga er voor zoiets doms onderdoor. Ik voel me zo onnozel.", vertelde een patiënte onlangs. Vaak verdwijnt dit gevoel echter na een tijdje omdat patiënten er achter komen dat hun "banaal probleem" maar een topje van de ijsberg is, dat er veel meer achterzit en er wel degelijk een reden is waarom ze zo ongelukkig zijn.

Anderen vragen zich bij het zien van zoveel verdriet af of er nog wel iets positiefs in de wereld is. Zo vaak luisteren naar triestige verhalen trekt hen naar beneden, zeggen ze. Een groep kan op die manier in een negatieve spiraal terecht komen, vooral als er één of meerdere dominante figuren bij zijn die de neiging hebben alles erg zwart te zien en die daarmee de anderen ontmoedigen, door bvb. Tegen beginners te zeggen "Je moet niet denken dat je hier beter kunt worden. Mensen als wij worden niet beter en niemand kan ons helpen. Ik ben hier omdat mijn familie dat nodig vond, maar het eerste dat ik zal doen als ik terug thuis ben, is zelfmoord plegen, maar deze keer doe ik het goed. Dat is het enige dat echt helpt." Vooral als er meerdere mensen met deze zichtwijze aanwezig zijn, is het heel moeilijk om het gesprek te keren, vaak belandt het altijd weer op hetzelfde punt: duisternis, hopeloosheid, zelfdoding.

Meestal lost dit probleem zich vanzelf op als de samenstelling van de groep verandert: mensen gaan over naar een volgende groep, nieuwe mensen komen er bij.

Voor sommige patiënten ligt alles wat met spiritualiteit en religie te maken heeft zo moeilijk dat de rol van pastor op hen werkt als een rode doek op een stier. Het is een merkwaardig fenomeen dat deze mensen vaak niet wegblijven van de groep, maar elke keer komen en zich verschrikkelijk kwaad maken. Wat moeilijk is hoeft echter niet noodzakelijk slecht te zijn, en soms kan het uiten van de woede en het onder woorden brengen van de moeilijkheden op zich al een heilzaam effect hebben. Mensen zijn vaak positief verrast als de pastor de kerk en het geloof niet verdedigt, maar hen ruimte laat voor hun kwaadheid.

Als de agressie of de negativiteit echter blijven en het groepsproces heel ongunstig beïnvloeden kan het nodig zijn om iemand tijdelijk niet tot de groep toe te laten. Dit gebeurt natuurlijk in samenspraak met het team.

Samenvattend willen we de pastorale begeleiding van groepen op een psychiatrische afdeling omschrijven als het creëren van een veilige ruimte. Een individueel gesprek is een vrije ruimte, hier bepaald de patiënt de richting bijna uitsluitend zelf. In een veilige ruimte daarentegen wordt een onderwerp aangereikt en wordt het gesprek beïnvloed door de reacties van andere deelnemers en de interventies van een begeleider. Vermits mensen met een depressie vaak moeite hebben om zich te concentreren en soms de controle verliezen over een gedachtegang kan structuur en houvast in een gesprek zinvol zijn.⁷

2.3. De eigenheid van de pastor

Een heel deel van deze elementen is natuurlijk niet specifiek voor de pastor, maar geldt evenzeer voor de therapeut. Ook de therapeut werkt met groepen, blijft de patiënt in de diepste nacht nabij, ook de therapeut luistert zonder te oordelen en laat de patiënt op die manier op verhaal komen, ook de therapeut biedt het helend effect van veilig, authentiek contact.

Wat is dan de eigenheid van de pastor? Wat is het verschil tussen pastoraat en therapie?

Een groot verschil tussen therapie en pastorale begeleiding is dat de pastor handelt vanuit een gelovige inspiratie. Nog meer dan andere hulpverleners is haar werk voor haar niet enkel een beroep, maar ook een roeping. Bijgevolg doet zij ook niet enkel professioneel haar werk met een patiënt. Ze ziet in deze patiënt een medemens om wie ze echt en persoonlijk geeft en wie ze in zijn lijden nabij is. Maar niet enkel zij is haar medemens nabij, zij verwijst ook naar God, JAHWE, Ik-zal-er-zijn.⁸ Pastorale begeleiding is een soort driehoeksrelatie tussen en ik en jij en God. Door haar nabij zijn wil de pastor iets tastbaar maken van Gods liefdevolle aanwezigheid. Eerder in dit artikel schetsten wij dat de pastor er niet enkel is voor christelijk gelovigen, maar voor de existentieel - spirituele dimensie van alle mensen, maar dat neemt niet weg dat zij zelf vanuit een gelovige inspiratie handelt en dat zij in een contact met iemand God aanwezig kan brengen, soms zonder dat het woord God ook maar één keer genoemd wordt.

In deze samenhang is het standpunt van A. Uleyn interessant. Volgens hem wordt er in het pastoraat ook anders wordt omgegaan met de overdracht dan in therapeutische relaties. In therapie gaat het om genezen, cure, en een therapie is geslaagd als ze zichzelf overbodig maakt en uiteindelijk niet meer nodig is.

⁷ D. Grossoehme, A. Fyten, *Group Leadership in Psychiatric Settings*. Association of Professional Chaplains Annual Conference, Dallas, April 2004.

⁸ A. Uleyn, *Pastoraat voor de depressieve mens? Lezing gehouden op het Symposium Depressie: behandeling, inzichten en uitzichten*, Coudewater 5 oktober 1990, 59.

Overdracht is iets waar men zich van bewust moet zijn en waarmee men kan werken, maar die uiteindelijk doorgeleid wordt naar anderen. Een blijvende binding aan de therapeut is niet wenselijk en wordt zoveel mogelijk voorkomen en zeker niet aangemoedigd.

Pastorale begeleiding daarentegen is meer care dan cure, levenshulp i;p.v. therapie.

Deze zielzorg is niet bedoeld om alleen maar tijdelijk te zijn en de pastor mag een duurzame relatie aanbieden. Hij doet dit niet als individuele pastor maar als representant van God, van die God die de naam van de mens voor altijd opgeschreven heeft in de palm van zijn hand en die de mens zoekt zoals een herder zijn verdwaald schaap en een vrouw haar verloren juweel⁹.

Deze visie bevat waardevolle elementen, maar er zijn ook risico's aan verbonden. We gaan hier in het volgende punt op in.

Eerder in dit artikel zeiden we reeds dat de pastor op zoek gaat naar de krachtbronnen van de mens. Dit is een heel andere invalshoek dan het werk van de therapeut. O.i. heeft de therapeut vooral aandacht voor wonden. Hij gaat op zoek naar kwetsuren die mensen tijdens hun leven opgelopen hebben en waarvan ze zich zelf soms niet eens bewust van zijn. De therapeut moedigt mensen aan om naar deze wonden te kijken, de pijn te voelen en te doorleven en op die manier tot genezing te komen (cure). De pastor daarentegen kijkt eerder naar datgene wat heel is temidden van gebrokenheid, naar de drijvende kracht die mensen recht houdt in moeilijke omstandigheden. Anselm Grün¹⁰ heeft hier een mooi woord voor: hij noemt het de "engelenvoetstappen". Als we ons levensverhaal bekijken zien we veel sporen van kwaad: teleurstelling, kwetsures, verlies, eigen fouten, schuld, pijn, leed. Maar we zien ook goedheid: hoop, levensmoed (al is het soms de moed der wanhoop), talenten en mogelijkheden, mensen die om ons geven, vriendschap en liefde, ... Dit zijn de voetstappen van een engel. Om het met de terminologie van Grün te zeggen: de therapeut zoekt naar de pijn om ze te doorwerken en te verwerken en de pastor zoekt naar de voetstappen van engelen, die soms bijna onzichtbaar geworden zijn tussen al dat leed.¹¹

⁹ Ibid.

¹⁰ A. Grün, *Jeder Mensch hat einen Engel*, xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

¹¹ Op deze plaats willen we het gekende verhaal van de voetstappen in het zand citeren:

Eens had een man een droom ...

Hij droomde dat hij wandelde langs het strand, samen met God.

Tegen de blauwe lucht tekenden zich perioden uit zijn leven af en voor iedere periode waren twee paar voetstappen in het zand, één paar van hem en het andere van God.

Terugkijkend naar die voetafdrukken zag hij opeens een stuk waar maar één paar voetstappen stond.

Hij zag ook dat dit precies was op het moeilijkste en verdrietigste moment uit zijn leven.

Dus zei hij "God, ik heb gezien dat juist op het moeilijkste moment

van mijn leven er maar één paar voetstappen is. En U hebt nog wel beloofd, dat U altijd bij mij zou zijn. Ik snap niet, dat U me juist op dat moment hebt verlaten."

Een ander verschil tussen pastoraat en psychotherapie is het taalgebruik. Religieuze taal is vaak abstract, metaforisch en symbolisch. Het is onze ervaring dat het mensen die met een depressie worstelen heel veel deugd doet om op die manier te communiceren. De gevoelens die een depressie oproept zijn heel abstract en voor een stuk ongrijpbaar. De meerlagige, symbolische taal helpt hen om het onbeschrijflijke toch te verwoorden.¹²

Pastorale begeleiding is geen therapie, al kan ze wel een therapeutisch effect hebben. Het verschil is volgens ons dat de pastor de enige uit het team is die geen therapeutisch resultaat beoogt met de patiënt. Patiënten vinden het soms heel deugdzaam dat er bij de pastor niets moet, dat ze iets kunnen vertellen, zonder dat er iets mee gedaan wordt en ook zonder dat het onmiddellijk besproken wordt op de volgende teamvergadering.

Op die manier krijgen ze even ademruimte in een setting waarin ze, met de allerbeste bedoelingen weliswaar, voortdurend geobserveerd worden en waar ze voortdurend voorondersteld worden om aan zichzelf te werken. Bij de pastor zijn ze even geen patiënt in een therapeutisch proces, maar gewoon mens.

Afsluitend willen we stellen dat pastoraat méér is dan professioneel bezig zijn met een patiënt. Dat wil echter niet zeggen dat de pastor geen professionaliteit bezit. O.i. is de pastor een deskundige inzake zingeving. Ze beschikt over een eigen taal, rituelen en symbolen om in te gaan op zingevingsvragen en openheid te creëren voor een diepere werkelijkheid. De pastor beoogt weliswaar geen therapeutisch resultaat (geen genezing), maar dat wil niet zeggen dat zij doelloos te werk gaat. Haar doel is het opsporen van krachtbronnen, het versterken van het draagvlak en het aanwakkeren van hoop als existentiële motor. Op die manier werkt zij aan heling. Om tot echte multidisciplinaire samenwerking te kunnen komen is het onontbeerlijk dat een pastor niet enkel haar roeping beklemtoont, maar ook haar professionaliteit uitbouwt.

Dit alles toont aan dat de pastor in een heel dubbele positie staat. Enerzijds werkt zij mee aan de totaalzorg van de patiënt en probeert zij daarom een lid van een multidisciplinair team te zijn. Anderzijds moet zij er met een been buiten staan om vertrouwenspersoon te kunnen zijn en om haar taak ten volle te kunnen waarmaken.

Deze vrijplaats vraagt veel deskundigheid en biedt veel mogelijkheden, maar er schuilen ook moeilijkheden en gevaren, en dit brengt ons bij het laatste punt van dit artikel.

Maar God zei : "Mijn lieve kind, ik hou van je en zou je nooit verlaten. In jouw momenten van strijd en lijden, daar waar je maar één paar voetstappen ziet, daar was het ... dat Ik je droeg."

¹² Het ligt echter voor de hand dat dit niet voor alle psychiatrische stoornissen geldt. Als iemand slecht onderscheidt kan maken tussen symbolische taal en concreet- beschrijvende taal of als de religieuze taal nauw aansluit bij de inhoud van wanen en hallucinaties kan ze een zeer negatief effect hebben en moet daarmee rekening gehouden worden.

2.4. Risico's en uitdagingen

In de vorige paragraaf citeerden we A. Uleyn die ervan uitgaat dat de pastorale begeleiding blijvend mag zijn, dat de pastor de patiënt heel nabij mag zijn en dat overdracht zelf wenselijk is omdat de pastor een nabije, liefdevolle God vertegenwoordigt. Hij doet dit niet als individuele pastor maar als representant van een geloofsgemeenschap en van God. We vinden dit standpunt heel waardevol, maar we willen er toch een kanttekening bij maken. Voor heel wat andere hulpverleners is deze rol van de pastor zeer onduidelijk. Volgens hen is de pastor grenzenloos en gaat hij veel te ver. Daarmee schaadt hij zichzelf en uiteindelijk ook de patiënt. Bovendien maakt hij het voor andere hulpverleners soms moeilijk. Ze begrenzen de patiënt, wat deze natuurlijk niet altijd aangenaam vindt, en dan komt de pastor en doet juist hetgeen iedereen probeert te vermijden: hij is heel nabij, gaat lang en ver mee, ... Sommige patiënten maken hiervan gebruik om de verschillende personeelsleden tegen elkaar uit te spelen: de lastige, strenge verpleegkundige/ therapeut tegenover de zachte, begripvolle pastor. Dat zaait terecht heel wat kwaad bloed.

In die situatie is het belangrijk dat de pastor laat zien dat hij ook met grenzen werkt, al zijn het dan andere, en dat hij duidelijke afspraken maakt en zich hier ook aan houdt.

Uleyn beklemtoont dat het niet de individuele pastor is die een blijvende pastorale relatie belooft en waarmaakt, maar de pastor als representant van een geloofsgemeenschap en van God, en dat de individuele pastores komen en gaan en vervangbaar zijn. Zo werkt het echter niet altijd. Het is vaak juist wel de individuele pastor die een heel langdurige begeleidingsrelatie met een patiënt aangaat, en het gevaar bestaat dat uiteindelijk de rollen vervagen en de pastorale relatie overgaat in een soort vriendschap. In een pastorale relatie spelen blijvende aanwezigheid, verbondenheid, warmte en genegenheid een grote rol, maar het is toch nog iets anders dan vriendschap. Vriendschap is iets heel waardevol dat nog door therapie, nog door pastorale begeleiding kan vervangen worden. Vriendschap is wederzijds, terwijl pastorale begeleiding, net als therapie, uiteindelijk toch een eenrichtingsverkeer blijft.

O. i. loopt de pastor omwille van haar bijzondere positie meer risico dan andere hulpverleners om overbetrokken te geraken en om dat te voorkomen is het van groot belang dat zij zich hierin laat helpen door collega' pastores en andere zorgverleners van het multidisciplinaire team.

Het spreekt voor zich dat de pastorale begeleiding het therapeutisch proces nooit negatief mag beïnvloeden. Dit brengt ons bij de vraag of de pastor best al dan niet deel neemt aan patiëntenbesprekingen. Voor beide standpunten is iets te zeggen: als we vooral vertrekken vanuit de vrijplaatsfunctie is het wenselijk

dat de pastor zo weinig mogelijk voorafgaande informatie over een patiënt heeft en hem heel open en onvooringenomen kan benaderen. De gesprekken met de patiënt zijn dan ook vertrouwelijk, er wordt niets doorgezegd aan het team. Het positieve van dit model is dat de patiënten echt een vertrouwenspersoon hebben. Ze mogen zeker zijn dat er met de dingen die ze aan de pastor vertellen niets gedaan wordt en dat niemand anders die te weten komt. Dit geeft hen meestal een heel veilig gevoel. Het nadeel is dat de pastor eigenlijk volledig buiten het team staat. Vermits hij niet weet wat de problematiek van een patiënt is en welk therapeutisch beleid er afgesproken is, kan hij zonder het te beseffen dingen doen of zeggen die tegen het therapeutisch proces ingaan. Als hij volledige geheimhouding beloofd heeft, zit hij vast als een patiënt hem bvb. toevertrouwt dat hij concrete suïcideplannen heeft.

Als de pastor volledig meedraait in het team, alle vergaderingen bijwoont, over alle informatie beschikt en alle informatie die hij van patiënten krijgt doorspeelt aan het team, verliest hij zijn eigenheid en het vertrouwen van de patiënt. Bovendien heeft waarschijnlijk geen enkele pastor de tijd om zich volledig in het team van één afdeling te engageren...

Zoals altijd is de gouden middenweg het meest vruchtbare, al blijft het zoeken en schipperen om het evenwicht te bewaren. Op onze afdeling kiezen we ervoor dat de pastor aan patiëntenbesprekingen deelneemt en dus met voorkennis naar de patiënten vertrekt. In de infosessie van de pastorale groepsgesprekken zegt ze aan de patiënten dat alles wat er besproken wordt in principe binnen de groep blijft, tenzij ze vindt dat het team sommige dingen echt moet weten. Dan zal ze eerst aan de betreffende zeggen wat ze zal doorgeven. Verder wil ze vermijden een geheimzinnig schim te zijn dat vooral vragen en wantrouwen opwekt. Ze probeert het team te laten weten waarmee ze bezig is en de patiënten tegelijkertijd toch een veilige pastorale ademruimte te bieden binnen het soms heel drukke therapieschema. Ze ziet patiënten enkel in groep en bezoekt hen niet op eigen initiatief individueel. Als een patiënt een individueel gesprek met de pastor wenst, kan dat in principe. Samen met de verpleegkundige begeleider van de patiënt wordt er een afspraak gemaakt. Enkel echt belangrijke informatie wordt nadien aan het team doorspeeld.

Deze samenwerking is heel vruchtbaar en boeiend, maar niet altijd eenvoudig. Ter illustratie voegen we een casus bij.

2.5. Casus

47 jaar, gehuwd, 2 kinderen.

Opgenomen met depressieve symptomen na een doorverwijzing vanuit de pijnkliniek, waar ze voor haar rugklachten behandeld werd.

Roza is de jongste van 6 kinderen. Met haar broers en zussen heeft ze een goed contact, maar het contact met haar ouders was altijd heel moeilijk. Ondertussen zijn haar ouders en twee van haar broers overleden. Ze is op haar achttiende getrouwd, omdat ze zwanger was en om thuis weg te kunnen. Toen ze zwanger was van haar derde kindje verongelukte haar tweede broer. Roza was toen erg overstuur en werd medicamenteus behandeld: antidepressivum en kalmeringsmiddelen. Dit veroorzaakte zware afwijkingen bij haar ongeboren kindje. Toen ze vier maanden zwanger was liet ze op medisch advies een abortus uitvoeren. De omstandigheden waren heel ongelukkig: haar man mocht er niet bij zijn, ze mocht haar kindje niet zien, het geslacht werd haar niet meegedeeld, ... Maar in haar beleving gaat het om een meisje dat ze Lotte noemt. 20 jaar heeft ze over de abortus gezweven, nu praat ze er in de therapieën over. Tussen haar en haar man is het onderwerp echter nog altijd onbespreekbaar. Ze beleeft de abortus als een moord die ze gepleegd heeft. Haar ziekte (rugproblemen, depressie) is volgens haar een straf van God. In haar vrije tijd doet ze kinderopvang voor gezinnen die in een echtscheidingsprocedure zitten. Op die manier doet ze boete voor haar abortus. Roza heeft het gevoel dat ze elke dag voor al haar dierbaren moet bidden om hen voor onheil te bewaren. Als ze dat niet doet zal er iets verschrikkelijks gebeuren. Af en toe wordt ze 's nachts in paniek wakker omdat ze iemand vergeten is. Roza praat in verschillende groepstherapieën over de moord die ze begaan heeft. Dat choqueert sommige andere patiënten en bepaalt heel erg de sfeer in de groep. Binnen het behandelingsteam zoekt Roza veel contact met die mensen waarmee ze goed over haar abortus kan praten. Op een gegeven moment vraagt ze een individueel gesprek met de pastor. Het behandelingsteam aarzelt om hierin toe te stemmen omdat Roza exclusieve relaties begint aan te knopen met sommige mensen waar ze zich begrepen voelt. Men vreest dat dit gevaar in een pastorale begeleiding bijzonder groot is en dat dit de verdere behandeling zal bemoeilijken.

Enkele vragen ter reflectie:

Vindt u het aangewezen dat Roza individuele pastorale begeleiding krijgt?

Wat zou een pastor voor haar kunnen doen?

Als u de verantwoordelijke therapeut was, hoe zou u omgaan met het gevaar dat schuilt in het aanknopen van exclusieve relaties, bv. met de pastor?

Na teamoverleg wordt er besloten dat Roza inderdaad nood heeft aan pastorale begeleiding: het dwangmatige karakter van haar gebed, waar ze zelf onder lijdt, haar schuldgevoelens, haar Godsbeeld van een straffende God, ... Om het gevaar van een exclusieve relatie met de pastor van de afdeling te vermijden wordt haar

voorgesteld om een pastor buiten het ziekenhuis te zoeken, bv. in haar parochie. Omdat Roza echter niemand kent wordt er een andere pastor van het pastorale team van het UZ gecontacteerd, die niet op psychiatrie werkt en die Roza buiten de afdeling ontmoet, dit om het verschil duidelijk te maken tussen het behandelingssteam en deze individuele pastorale begeleiding.

Besluit

Vermits we depressie onder andere als zin crisis beschouwen, met alle kenmerken van spirituele pijn en de pastor een deskundige is op het vlak van zingeving, heeft zij een positieve te leveren in de totaalzorg voor de depressieve patiënt. Zij beschikt over een eigen taal, rituelen en symbolen om in te gaan op zingevingsvragen en openheid te creëren voor een diepere werkelijkheid. Omdat zingeving plaatsvindt op een spiritueel - existentieel niveau en niet enkel op een religieus niveau is ze er voor alle patiënten en niet enkel voor christelijk gelovigen. Haar nabijheid verwijst naar een nabije God. Haar doel is het opsporen van krachtbronnen, het versterken van het draagvlak en het aanwakkeren van hoop als existentiële motor. Op die manier werkt zij aan heling.

Om haar taak te kunnen vervullen heeft ze een zekere vrijplaats nodig, maar voor samenwerking tussen verschillende disciplines is integratie onontbeerlijk. Om dit moeilijke evenwicht te bewaren en beroepsspecifieke valkuilen te vermijden is communicatie onontbeerlijk.

Literatuur

Fallot, R. D., *The Place of Spirituality and Religion in Mental Health Services in New Directions for Mental Health Services*, (2001)91, p. 79-88.

Fallot, R. D. *Spirituality and Religion in Psychiatric Rehabilitation and Recovery from Mental Illness*, in *International Review of Psychiatrie* (2001)13, 110-116.

Fitchett, G., Burton, L. A., Sivan, A. B., *The Religious Needs and Resources of Psychiatric Inpatients* in *The Journal of Nervous and Mental Disease* (1997) vol 185, nr. 5, p. 320-326.

Foskett, J., *Soul Space: the Pastoral Care of People with Major Mental Health Problems* in *International Review of Psychiatry* (2001)13, 101-109.

Grossoehme, D., Fyten, A., *Group Leadership in Psychiatric Settings*, Association of Professional Chaplains Annual Conference, Dallas, 2004.

Grün, A., *Jeder Mensch hat einen Engel*,

A. Uleyn, *Pastoraat voor de depressieve mens?*, Lezing gehouden op het Symposium *Depressie: behandeling, inzichten en uitzichten*, Coudewater 5 oktober 1990.

Krikilion, W., *Ruimte voor het religieuze. Cliëntgerichte psychotherapie en het procesbevorderend werken met religieuze thema's*, in *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie* 38, 2000, 263-273.

La Pierre, L., *A Chaplain's Group in a Short-Term Psychiatric Unit*, -----, p. 22-27.